


PROCESO DE EMPALME HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ. MUNICIPIO LA PLAYA DE BELEN.

NOVIEMBRE 2023

PLAN DE GESTION

PLAN DE GESTION 2022

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Oficio No. 049-04-23

La Playa de Belén, 27 de Marzo de 2023

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ
 La Playa de Belén, Norte de Santander

Respetuoso saludo,

Adjunto al presente me permito hacer entrega del informe del plan de gestión de la vigencia 01 de enero al 31 de diciembre de 2022 para que sea revisado, analizado por cada uno de ustedes, evaluado y posteriormente emitir concepto sobre la calificación del mismo; para lo cual adjunto en medio impreso los soportes y matriz de evaluación.

Todo lo anterior para dar cumplimiento al artículo 3 de la resolución 00743 del 15 de marzo de 2013 modificada por la Resolución 408 de 15 febrero de 2018 del Ministerio de la Protección Social.


Cada uno de los puntos a analizar y evaluar poseen los soportes correspondientes en carpeta que se adjunta y que hace parte integral de este documento.

Para los datos numéricos se dieron resultados con cuatro decimales.

Cordialmente




ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
 GERENTE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

INFORME ANUAL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2022
ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ
LA PLAYA, NORTE DE SANTANDER

DR. ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
 Gerente

LA PLAYA N.S., ABRIL DE 2023

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

**A LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL
CELIS YÁÑEZ, DEL MUNICIPIO DE LA PLAYA DE BELEN**


DR. IDER ALVAREZ GARCÍA
Presidente

DRA. WENDY A. SANGUINO CARRASCAL
Secretaria de Hacienda y Salud Municipal

DRA. LINA MARIA AREVALO SANCHEZ
Sector Científico Interno

SRA. MARIA ZUNILDA CORONEL MARTÍNEZ
Representante Asociaciones de Usuarios del Municipio

SR. JOSÉ MARÍA MORALES TORRES
Sector Administrativo Interno


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

INTRODUCCION

El Gerente de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, presenta a consideración de la Honorable Junta Directiva de la entidad, el informe de gestión gerencial correspondiente a la vigencia 2022, acogiéndose a lo establecido en la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, y los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 del 19 de Enero de 2012 y la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018, por lo cual se presentan los resultados de los Indicadores que cobijan las normas citadas anteriormente.


El presente Informe de Gestión muestra los resultados alcanzados durante la vigencia 2022, teniendo en cuenta lo pactado en las metas y actividades definidas en el anexo técnico de la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, que es la norma que reglamenta las condiciones y metodología para la evaluación del Plan de gestión en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial. A continuación definimos las áreas citadas anteriormente:

- Dirección y Gerencia, encaminada al fortalecimiento Institucional, incluye la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en desarrollo del ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya, la efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud y la Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.
- Financiera y Administrativa, encaminada a disminuir el riesgo fiscal y financiero, analizar la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, determinar la 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, cuantificar el 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 adecuado uso de la información de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, el cumplimiento con oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

circular única, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya y la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.

- Clínica o Asistencial, en procura del Desarrollo Integral de una adecuada prestación de servicios, con calidad y centrada al usuario, la cual evalúa aspectos tales como: proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE, evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva, evaluación de la aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo, reingresos por el servicio de urgencias y oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

MARCO LEGAL


- Decreto 139 de 1.996, artículo 7, numeral 4, "Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional".
- Ley 1122 de 2007. **Artículo 2º. Evaluación por resultados.** El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 357 de 2008**, por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Ley 1438 de 2011. Tres artículos de la Ley 1438 hacen referencia a este importante insumo de planificación, a saber:

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. a

Artículo 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. I

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:

- Resolución 710 de 2012, por la cual se establecen las condiciones y metodología para la preparación y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de ESE y su posterior evaluación por parte de la Junta Directiva.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

6. Resolución 743 de 2013, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

7. Ley 1797 de 2016, Artículo 20.


Adicionalmente, debe tenerse en cuenta:

- Acuerdos de la CRES: En particular los relacionados con los contenidos de planes de beneficios y fijación del valor de la UPC.
- Normas y políticas específicas: Prestación de servicios, servicio farmacéutico, tecnologías, sangre y hemoderivados, etc.
- Código de Comercio: Contratación en las ESE. Normas de libre competencia en las ESE.
- Normas fiscales, penales y disciplinarias.
- Sentencias de la Corte Constitucional.
- 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.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


OBJETIVO GENERAL

Presentar ante la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, el informe de gestión gerencial vigencia 2022 del Plan de Gestión Gerencial del Doctor Aldemar Arturo Gaona Peñaranda, para su posterior evaluación y calificación, de acuerdo con lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, la ley 1438 de 2011, en los artículos 72 y 74 y la Resolución 743 de 2013.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

METODOLOGIA

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y de la Protección Social y la norma marco se definió la presentación del informe del plan de gestión para el período 1ro de enero al 31 de diciembre de 2022, tomando como referencia lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, la ley 1438 de 2011, en los artículos 72 y 74 y la Resolución 743 de 2013.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ESTRUCTURA PLAN DE GESTION GERENCIAL

Se realizó la consolidación de los resultados de los indicadores del plan de gestión vigencia 2022 de la siguiente forma:


AREA DE DIRECCION Y GERENCIA	: 3 INDICADORES
AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	: 8 INDICADORES
AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	: 6 INDICADORES

AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

A esta área corresponden los procesos de planeación Estratégica, definición de políticas institucionales, que en últimas se constituye en el derrotero de la alta dirección, para definir la hoja de ruta de la Entidad durante el presente cuatrienio. En esta área se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.**

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.		Documento de Autoevaluación
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estándar propuesto	Autoevaluación	
	Rango de variación	NA	
	Concepto		Definición
	Indicador Nominal	Indicador Nominal	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

El artículo 2 del decreto 2181 de 2008, en su numeral 2 establece *“Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados”*.

La Autoevaluación se constituye en la fase inicial y punto de partida del Ciclo de preparación para la acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad


Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Dirección Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	>= 1.20	2.44	1.03

La ESE Hospital ISABEL CELIS YAÑEZ en los años anteriores no había desarrollado ninguna acción tendiente a realizar la autoevaluación basado en estándares de acreditación, su PAMEC se había hecho en base a los estándares de habilitación y se venía trabajando en acciones de mejoramiento continuo basado en este.

Dando cumplimiento a lo contemplado en la normatividad relacionada con el tema y a los indicadores incluidos en el plan de gestión gerencial 2020-2024, se procede durante el año 2022 adelantar varias acciones con el fin de lograr la autoevaluación de la empresa con estándares de acreditación en salud.

Para ello se realiza a contratación de una Especialista en Auditoría de Calidad para hacer capacitación al todo el personal responsable de los procesos en la ESE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

A fin de sensibilizarlos sobre la acreditación en salud y la metodología para la preparación hacia esta.

Se implementa el Comité de gestión de la calidad, se ejecuta un cronograma de actividades cuyo fin fue realizar la autoevaluación de la ESE HICY incluyendo las siguientes actividades:


LOGROS

Coordinación de la realización de comités institucionales de obligatorio cumplimiento.
 Actualización de las resoluciones de adopción de los comités institucionales.
 Revisión del diligenciamiento de las historias clínicas.
 Inicio de la autoevaluación de los estándares del sistema único de habilitación de la HICY con base a la Resolución 3100 de 2019 para solicitar habilitación de servicio de Nutrición y Atención de Partos.
 Realización de protocolos del servicio de Atención de Partos y Consulta externa según las primeras causas de atención.
 Revisión del diligenciamiento de las historias clínicas.
 Listas de chequeo de habilitación según Resolución 3100 de 2019
 Actualización de usuarios en MIPRES
 Diseño de política de seguridad del paciente
 Implementación del programa de seguridad del paciente
 Actualización de la ESE HICY en la plataforma RUAT Nv2
 Elaboración de manuales y protocolos de habilitación
 Diseño de formatos institucionales
 Análisis de Eventos Adversos

Con base en Estándares de Acreditación propuestos se obtuvo la calificación de la empresa de 2.44 Con ello se determina que se cumplió con el indicador del plan de gestión gerencial en su indicador No 1.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

DIFICULTADES


Establecimiento de acciones de mejora que no generaron un impacto transversal para el para el proceso de acreditación, por ello, se consideró necesario un cambio de metodología.

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortíz

2. Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de acciones de mejora ejecutadas en la vigencia evaluada, derivadas de la auditorías realizadas		Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
b	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría		
a/b	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición		Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto		≥ 0.90
	Rango de variación		0.00 a ≥ 0.090
	Concepto		Definición
	Número de acciones de mejora ejecutadas en la vigencia evaluada derivadas de las auditorías realizadass		Corresponde a la cantidad efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas, incluidas en los plens de mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada
	Total acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora		Corresponde a la cantidad efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas,

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

		del componente de autoria	priorizadas, incluidas en los plens de mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada
--	--	---------------------------	---

El PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo de mejoramiento continuo, a partir de la priorización de Estándares de Acreditación. El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 32 establece: "AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.


Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Dirección y Gerencia 20%	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	>= 0.90	1.00	0.11

Dada la importancia que representa para las Empresas Sociales del Estado el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a partir de un diagnostico que permita identificar, planear y ejecutar las oportunidades de mejora; así como realizar su seguimiento minimizando los riesgos durante la prestación de servicios.

Teniendo en cuenta que en la ESE HICY no se contaba con un plan de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud con enfoque en acreditación en las

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

vigencias anteriores, para lograrlo durante la vigencia 2022 se diseñó un plan de mejoramiento continuo con enfoque en acreditación, el cual se implementó durante la vigencia evaluada y se ejecutó en un 100% durante la vigencia, incluyendo las siguientes actividades:

LOGROS

Coordinación de la realización de comités institucionales de obligatorio cumplimiento.
 Diseño del formato de autoevaluación del PAMEC.
 Conformación del Equipo de autoevaluación del PAMEC.
 Asistencial técnica PAMEC en el Instituto Departamental de Salud N.S..
 Asistencial técnica SUA en el Instituto Departamental de Salud N.S..
 Auditoria externa PAMEC interventoría Régimen Subsidiado

Con ello se demuestra que se cumplió con el indicador No 2 propuesto en el plan de gestión gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz,

DEBILIDADES:

Cambios en el esquema metodológico aplicado en las autoevaluaciones que se realizaron en años anteriores.

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortíz


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	Número de metas del plan operativo anual cumplidas	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de revisoría fiscal en caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
	b	Número de metas del plan operativo anual programadas	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de revisoría fiscal en caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
	a/b	Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estandar propuesto	≥ 0.90
		Rango de variación	0.00 a ≥ 0.90
		Concepto	Definición
		Número de metas del plan operativo anual cumplidas	Corresponde a la cantidad de metas del plan operativo institucional y el grado de cumplimiento, de las comprometidas para la vigencia evaluada
		Número de metas del plan operativo anual programadas	Corresponde a la cantidad de metas del plan operativo institucional y el valor esperado de las mismas al final de la vigencia evaluada

El Decreto 1876 de 1996 establece la obligatoriedad a todas las Empresas Sociales del Estado de contar con un Plan de Desarrollo Institucional que sirva de guía al proceso de modernización de su estructura organizacional y de sus servicios.

Es necesario consignar en un documento que sirva de base a la Junta Directiva, a la Gerencia, a la Administración y al talento humano los lineamientos que se desprendan del estudio del sector, el municipio y la Empresa y que se han fijado como metas en la organización de la empresa y su fortalecimiento, que permita fijar políticas de desarrollo con coherencia al Plan y así obtener los resultados esperados.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador		Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Dirección y Gerencia 20%	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	>=	0.90	0.90	0.00

En el mes de abril de la vigencia 2020 se diseñó y adoptó en la ESE HICY el Plan de desarrollo institucional, herramienta indispensable para el crecimiento y proyección organizacional de la empresa.


Para hacer seguimiento y evaluación a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en el periodo enero a diciembre de 2022, se cuenta con una herramienta como el Plan Operativo Anual, con el cual hacemos anualmente la planeación suficiente para que se puedan lograr los objetivos y metas propuestas en el plan.

LOGROS

Se elaboró el Plan Operativo de la vigencia 2022 el cual contó con la intervención de cada uno de los líderes de áreas y de procesos, a través del cual se pudo hacer seguimiento a las actividades y tomar los correctivos cuando se presentaban desviaciones en la ejecución del mismo.

Al realizar la evaluación de la ejecución del Plan Operativo Anual 2022 realizada por el responsable de la planeación en la entidad, nuestro Coordinador Administrativo y Financiero; se pudo determinar que se cumplió con el 90% de las acciones propuestas en el plan.

De esta forma se demuestra que se superó el estándar propuesto para el indicador 3 en del plan de gestión gerencial.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la coordinadora de Control Interno Dra. Lizeth Martínez

ANEXO:

Certificación de la oficina de la Coordinadora de Control Interno Dra. Lizeth Martínez


AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

4. Riesgo Fiscal y Financiero

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
		Categorización de la ESE por parte del Ministerio de la Protección Social según el riesgo.	Certificación del Ministerio de la Protección social
		Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Medida de cumplimiento anual, según específica de riesgo financiero del MPS
		Estandar propuesto	ESE categorizada en Riesgo Bajo
		Rango de variación	Riesgo algo, riesgo medio, riesgo bajo, sin riesgo
		Concepto	Definición
		Categorización de la ESE por parte del Ministerio de la Protección Social según el riesgo.	Se refiere al resultado de la clasificación anual del riesgo de la ESE emitida por el MPS teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera a partir de sus indicadores financieros

Este indicador corresponde a lo contemplado en la Ley 1438 del 2011 artículo 80, y consiste en el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros.

La evaluación del riesgo realizada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social correspondiente a la vigencia 2022 está suspendida de acuerdo a lo establecido en la

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Resolución 856 de 29 de mayo de 2020 Artículo 6to. "hasta el término de Emergencia Sanitaria."

LOGROS

Se desarrolló la matriz de categorización del riesgo determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social como instrumento de medición y monitoreo del riesgo fiscal y financiero, a partir de la información correspondiente a la vigencia 2022 reportada en el aplicativo del Decreto 2193 de 2004, dando como resultado "Sin Riesgo"..


De esta forma la ESE HICY cumplió con el indicador No 4 del plan de Gestión Gerencial.

ANEXO:

Certificación de la oficina financiera, Sr. José M. Morales Torres.

5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Gasto de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios en la vigencia objeto de evaluación	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya.
b	Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
c	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación-	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya
d	Número de UVR producidas en la vigencia anterior	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
(a/b) / (c/d)	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	≥ 0.90
	Rango de variación	0.00 a ≥ 0.090

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

		Concepto	Definición
		Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las cuentas por pagar al cierre de la vigencia evaluada.
		Número de UVR producidas en la vigencia	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia evaluada, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.
		Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación - , sin incluir cuentas por pagar	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las cuentas por pagar al cierre de la vigencia anterior, deflactado según la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social
		Número UVR producidas en la vigencia anterior	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia anterior, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativos producidas.

El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos.

Para la vigencia 2022, el resultado de este indicador fue:

2022		
Gastos de funcionamiento	2.432.310.493	
UVR	123.331.56	19.721.72

2021		
Gastos de funcionamiento	2.217.556.679	
UVR	97.574.56	22.726.79

INDICADOR		Resultados 2022	
Evolución del Gasto por UVR	Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado	19.721.72	0.86
	Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes / No. UVR producidas en el año anterior	22.726.79	

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del período evaluado	Variación Observada en el Período a Evaluar
Financiera y Administrativa 40%	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%	> 0.90	0.86	-0.04

Este indicador al igual que el anterior se considera de eficiencia financiera, por ello son pilares en la ejecución del área correspondiente para poder mantenerlos dentro del estándar meta propuesto.

LOGROS


Aplicativo para calcular la Unidad de Valor Relativa (UVR)

Nivel de atención de la IPS a analizar

1

Actualizado: 17 de abril de 2015

	Concepto	Ponderación UVR	Nivel de atención			Producción reportado en el periodo analizado	UVR por servicio
			1	2	3		
203	Dosis de biológico aplicadas	0.15				1,862	279.30
204	Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0.75				560	420.00
205	Citologías cervicovaginales tomadas	2.00				481	962.00
902	Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0.75				641	480.75
900	Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	2.37				2,967	7,019.92
901	Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	1.82				13	23.66
207	Consultas de medicina general electivas realizadas	1.82				11,889	21,637.98
208	Consultas de medicina general urgentes realizadas	5.27				2,193	11,557.11
209	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2.60					-
733	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7.53					-
211	Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1.82				1,675	3,048.50
212	Sellantes aplicados	1.06				2,822	2,991.32
213	Superficies obturadas (cualquier material)	1.06				7,100	7,526.00
214	Exodoncias (cualquier tipo)	2.10				448	940.80
216	Partos vaginales	65.00				11	715.00
217	Partos por cesárea	77.50					-
225	Total de días estancia de los egresos	-	10.74	11.64	15.64	11	118.14
229	Días estancia Cuidados Intermedios	51.33					-
230	Días estancia Cuidados Intensivos	108.55					-
234	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	-	82.00	138.09	262.10	320	26,240.00
240	Exámenes de laboratorio	-	1.98	3.10	6.98	19,661	38,928.78

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

241	Número de imágenes diagnósticas tomadas	-	4.73	6.51	37.40	91	430.43
						UVR total	123,331.56

DIFICULTADES

El estándar meta es de < 0.90 , la tendencia muestra un resultado de 0.86, una disminución importante del resultado de este indicador respecto a lo logrado en la vigencia 2021. Cabe resaltar que la empresa proyecta sus gastos en base a las necesidades de la empresa, los niveles de producción por servicios aumentaron considerablemente en el 2022 respecto a lo alcanzado en el 2021.


Otro aspecto que influyó es que la ESE HICY mantuvo constante la contratación de de profesionales en medicina general los cuales garantizaron en promedio la asignación de 101.376 citas durante la vigencia.

ANEXO:

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de la Protección Social
Certificación de la oficina financiera, Sr. José M. Morales Torres.

6. Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE
b	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico.	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	$\geq 0,70$

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	· COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	Rango de variación	0.00 a ≥ 0.70
	Concepto	Definición
	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Corresponde al valor total de las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico por la ESE durante la vigencia evaluada, utilizando mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o plataformas, compras electrónicas legalmente establecidas en el país.
	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico	Corresponde al valor total comprometido en el presupuesto de la ESE, por compras de medicamentos y material médico-quirúrgico al cierre de la vigencia evaluada.

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

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Financiera y Administrativa 40%	Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos: 5%	> 0.70	0.00	-0.70

LOGROS

La ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ dando cumplimiento al Estatuto Interno de Contratación, aprobado por Junta Directiva, realiza adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico, material para odontología y para laboratorio a través de procesos de mínima cuantía o convocatoria pública cuando estos procesos



sobrepasan los montos establecidos, garantizando los principios de publicidad, objetividad, pluralidad y selección objetiva, utilizando mecanismos electrónicos como la Página Web y el SECOP.

La ESE compra directamente a depósitos y laboratorios con el fin de eliminar la intermediación que elevan los costos de adquisición, igualmente los insumos se seleccionan ítem por ítem por lo que se adquieren los productos en los depósitos y laboratorios que mejor precio y calidad otorguen a la institución.

DIFICULTADES

La ESE HICY ha realizado convocatorias a los hospitales de la red prestadora de servicios de salud del departamento Norte de Santander, específicamente la ESE NOROCCIDENTAL y la ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ, las cuales por ubicación geográfica están cerca a la ESE HICY, con el fin de estudiar opciones de compras conjuntas sin respuestas por parte de estos.

7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	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	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
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 anterior, en valores constantes	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Pesos corrientes
	Estandar propuesto	0.00
	Rango de variación	0.00 a 0.00


		Concepto	Definición
		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	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia evaluada.
		Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia anterior, deflactada según metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos, como también la variación con respecto al periodo anterior.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador		Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión Financiera y Administrativa	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior: %	=	0.00	0.00

Con este indicador se pretende que las deudas por concepto de salarios de planta y contratación de servicios de recurso humano no sean superiores a 30 días, a fin de garantizar eficiencia en los pagos del personal responsable de la producción y prestación de servicios y mantener un clima organizacional adecuado.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2022, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2022	
Monto de la Deuda Superior a 30 por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Monto de la Deuda Superior a 30 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	0.00	0.00
	Monto de la Deuda Superior a 30 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 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	0.00	


LOGROS

Los salarios y prestaciones sociales se cancelaron oportunamente

Lo anterior demuestra que la gestión de pago de las deudas por este concepto fue favorable toda vez que se acercaron a cero deudas superiores a 30 días por este concepto.

ANEXO:


Certificación de la Contadora de la ESE HICY Dra. Nury O. Garcia Celis.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
	Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia	1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva.
	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	
	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Número de informes analíticos de RIPS durante la vigencia
	Estandar propuesto	
	Rango de variación	0, 1, 3, 5 números enteros
	Concepto	Definición
	Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	Se refiere a la presentación de informes analíticos con base en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) a pacientes de la ESE, durante la vigencia evaluada

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión Financiera y Administrativa	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS:	= 4.00	4.00

LOGROS

La E.S.E HICY viene presentó cuatro (04) informes de Análisis de RIPS a la Junta Directiva durante la vigencia del 2022, los cuales incluyen información completa de la prestación de servicios por cada proceso incluyendo la de los CAES de Aspasica y La Vega, de esta manera la Junta se mantiene informada y actualizada para la toma de decisiones misionales y de prestación de servicios.


Se concluye que se cumplió con el indicado de gestión No 8 generando los RIPS y haciendo de ellos una fuente de información para evaluar la prestación de servicios en la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de Análisis de RIPS radicados a los miembros de la Junta Directiva y las actas de junta donde se consigna la presentación y sustentación de cada informe por parte de la Gerente.

ANEXO:


Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya
b	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en el Decreto 2193 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y contar con la validación de la Dirección Municipal Departamental o Distrital de Salud
	Rango de variación	0 ó 5
	Concepto	Definición
	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Corresponde al monto del recaudo efectivo (ejecución presupuestal de ingresos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Cobrar de vigencias anteriores
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Corresponde al monto de los compromisos (ejecución presupuestal de gastos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Pagar de vigencias anteriores

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Financiera y Administrativa	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo:5%	>= 1.00	1.01


Para la vigencia 2022, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2022	
Resultado del Equilibrio presupuestal a partir del Recaudo	Valor ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor de C x C de vigencias anteriores)	2.547.547.298	1.01
	Valor ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor de comprometidos de C x P de vigencias anteriores)	2.515.791.025	

LOGROS

Con este resultado se muestra un adecuado comportamiento de los gastos frente al recaudo de la empresa dado que con los ingresos efectivamente recaudados se logró cubrir en un 101% los gastos comprometidos de la ESE durante la vigencia 2022, es decir se logró punto de equilibrio a partir del recaudo en la vigencia, interpretando que por cada peso comprometido en el gasto la ESE HICY tiene 1.01 pesos para respaldarlo.

Cabe resaltar la insistente labor en la recuperación de cartera mediante la circularización mensual de oficios, cobro directo a través de derechos de petición, incluso la intervención de entidades de control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General del Departamento las EPS del Régimen Subsidiado con presencia en el municipio adeudan a la ESE HICY un monto que supera los 444 millones de pesos, de los cuales 246 millones corresponden a cartera clasificada con más de 360 días, situación que para una ESE con una estructura de ingresos tan

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

pequeña, puede afectar considerablemente lograr punto de equilibrio a partir del recaudo.

Sin embargo el comportamiento de este indicador se considera satisfactorio.

DIFICULTADES

La crisis en el flujo de recursos del Sistema de Salud, es por todos conocidos, que las EPSS no pagan de manera oportuna lo relacionado a eventos y liquidación de contratos por prestación de servicios de salud de otras vigencias, afectando considerablemente el recaudo.


EVIDENCIAS Y SOPORTES

Ejecución presupuestal de ingresos y gastos vigencia 2022.

Informe de ejecución presupuestal Pagina Web SIHO del Ministerio de la Protección Social

ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Superintendencia Nacional de Salud
		Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
		Estandar propuesto	El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, por parte de esta misma entidad.
		Rango de variación	0, ó, 5
		Concepto	Definición
		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Se refiere a la presentación de informes establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega de la información sobre el cumplimiento de la circular única que se tiene que presentar a la Súper Intendencia de Salud.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Administrativa y Financiera	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya: 5%	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Cumple

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

LOGROS

La Circular Única debe reportarse en dos oportunidades en el año con una periodicidad semestral, para el primer semestre se cumplió con el reporte oportuno de la información, tal como se venía haciendo en los semestres anteriores para el segundo trimestre no hubo reporte.

DIFICULTADES

Las comunes son las relacionadas con el acceso a la plataforma donde se hace el cargue de la información con destino a la Superintendencia Nacional de Salud .

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Pantallazo del cargue de la Circular Única primer y segundo semestre 2022 en el aplicativo de la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

ANEXO:

Certificación del Profesional Contadora de la ESE HICY Sr. Nury O. Garcia Celis

11.Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004,ó la norma que la sustituya:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Ministerio de Salud y Protección Social.
		Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
		Estandar propuesto	Cumplimiento dentro de los términos previstos
		Rango de variación	0, ó, 5
		Concepto	Definición
		Cumplimiento oportuno de los	Se refiere a la presentación de informes

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	informes, en términos de la normatividad vigente	establecidos en el Decreto 2193 de 2004, al Ministerio de Salud y Seguridad Social, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma
--	--	--

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestrales y un consolidado anual, donde se reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Administrativa y Financiera	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004,ó la norma que la sustituya:	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Cumple


LOGROS

Se incorporó a la plataforma SIHO la información correspondiente al 1er y 4to trimestre de la vigencia 2022 de manera oportuna.

DIFICULTADES

El reporte extemporáneo de la información del 2do y 3er trimestre se debe a inconvenientes presentados en el funcionamiento de los módulos contables y presupuestales del software adquirido a la empresa STEFANINI SYSMAN.

Como consecuencia a lo anterior la ESE HICY tubo que adquirir unas actualizaciones al software adquiridos mediante contrato de prestación de servicios No. 097 de agosto de 2022 las cuales tomaron un tiempo considerable para su vinculación con la plataforma existente

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Pantallazo del cargue de la información al aplicativo del Decreto 2193, informes trimestrales, semestrales y anual 2022 en el aplicativo de la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

FICHA TÉCNICA

543980144 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ DE LA PLAYA (NORTE DE SANTANDER)

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL / DISTRITAL

- ☒ Formularios No Entregados
- ☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2022-03	2022-06	2022-09	2022-12
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	2022/05/04 (18:05:04)	2022/08/18 (10:34:12)	2022/11/02 (09:33:14)	2023/02/15 (13:49:54)

REPORTE DE ENTREGA ANUAL A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL / DISTRITAL


- ☒ Formularios No Entregados
- ☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2022
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	2023/03/11 (11:34:48)

ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación		Informe del comité de Historias clínicas
b	Número total de mujeres gestantes indentificadas en la vigencia objeto de evaluación		Informe del comité de Historias clínicas
a/b	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estandar propuesto	≥0,85	
	Rango de variación	0.0 hasta ≥0.85	
	Concepto	Definición	
	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada que recibieron por lo menos una valoración por parte de un médico de la entidad antes de la duodécima (12ª) semana de gestación y se inscribieron formalmente en el Programa institucional de Control Prenatal.	
	Total de mujeres gestantes indentificadas	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada.	

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el Municipio y en el Departamento al igual que en el país y para tal fin el Ministerio de Salud, desarrolló una Guía mediante la expedición de la Resolución 412 de 2000, que consiste en un conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas. Estas recomendaciones son acciones tendientes a controlar la mortalidad materna. Se sugiere revisar esta guía periódicamente como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia de tres a cinco años.

Para la vigencia 2022, el resultado de este indicador fue:


INDICADOR		Resultados 2022
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 en el programa de control prenatal de la ESE a mas tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia	84
	Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	0.88 96

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Area de gestión clínica o asistencial	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>= 0.85	0.88

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ durante el año 2022 se diseñó una estrategia de captación temprana a todos los programas de promoción y prevención, como una medida para cumplir con este indicador que hace parte del plan de gestión gerencial; pero también a fin de incrementar la demanda inducida a los programas y disminuir en número y valor d las glosas de las EPS a la ESE.

Esta medida permitió que el porcentaje de captación de mujeres embarazadas al control prenatal antes de las doce semanas de embarazo se elevara al 88% durante la vigencia 2022, garantizando ingreso oportuno al programa, intervención temprana de los riesgos, disminución de la morbilidad durante el control, disminución de la

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

mortalidad materna y asegurando una adecuada preparación para la atención adecuada de un parto y del recién nacido. De esta manera se cumplió con el indicador No 12 del plan de Gestión Gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

ANEXO:

Certificación del Enfermera Jefe de la ESE HICY

22. Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
		Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado
		Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Numero de casos
		Estandar propuesto	Cero (0)
		Rango de variación	0, 0, 5
		Concepto	Definición
		Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Se refiere a la cantidad de Recién Nacidos en la ESE, durante la vigencia evaluada, que registraron Diagnóstico de Sífilis Congénita. Corresponde al recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento. Un tratamiento inadecuado consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central.


Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre.

Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre de gestación.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2022	
Incidencia de Sífilis congénitas en partos atendidos en la ESE	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0	0.00
	Total de partos atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	11	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Area de gestión clínica o asistencial	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación	0.00	0.00

LOGROS

Dentro de las acciones de fortalecimiento y reorganización de los servicios de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se adelantó la implementación 100% de las guías de atención del embarazo, con lo cual se busca el mejoramiento de los indicadores del programa, entre ellos el de evitar que se presenten casos de sífilis congénita por falta de tratamiento o mal manejo de la sífilis gestacional.


Durante la vigencia 2022 no se reportaron casos de sífilis congénita en el total de mujeres atendidas en el programa de control prenatal o sala de partos de la ESE. De esta manera se cumplió con el Indicador No 22 del plan de gestión gerencial

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo,
Notificación No. 017 de 06 de marzo de 2022 del Coordinador del Grupo de Salud Pública del IDS NS.

ANEXO:

Notificación No. 017 de 06 de marzo de 2022 del Coordinador del Grupo de Salud Pública del IDS NS.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE	Informe comité de Historias Clínicas
b	Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Informe comité de Historias Clínicas
Razón de cumplimiento		
Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	≥0,90
	Rango de variación	0.0 - ≥0.90
	Concepto	Definición
	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE	Se refiere al total de historias clínicas de pacientes atendidos durante la vigencia evaluada en la ESE, con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía específica de manejo adoptada por la ESE
	Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Corresponde al total de historias clínicas de pacientes atendidas en la ESE con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial, durante la vigencia evaluada.

La hipertensión arterial es un problema de salud de particular importancia dadas su relevancia e impacto en la población general. Continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardio-vascular ya que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad.

Es de vital importancia, que se dé la especial y prioritaria vigilancia a la adecuada aplicación de la Guía de atención de esta enfermedad, a fin de poder realizar adecuado diagnóstico y pertinente plan de tratamiento a estos pacientes, manejándolos bajo un enfoque integral que involucre trabajo interdisciplinario, como lo

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

son la alimentación balanceada, estilos de vida saludables, apoyo especializado según cada caso particular y controles de apoyo diagnóstico periódicos, entre otros aspectos.


Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2022
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 la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	412
	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	412

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Gestión Clínica o Asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	>= 0.90	1.00	0.10

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se lleva el programa de Riesgo cardiovascular en el cual se hace el manejo de los pacientes con enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus y dislipidemicos. Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2022 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para estas enfermedades.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía. Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2022 la evaluación de la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva la cual arrojo que el 100% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.


Actas Comité Historias clínicas

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Informe comité de Historias Clínicas
b	Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Informe comité de Historias Clínicas
Razón de cumplimiento		
Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	≥0,80.
	Rango de variación	0.0 - ≥0.80
	Concepto	Definición
	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica	Se refiere al total de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años atendidos en Consulta de Crecimiento y Desarrollo de la

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	ESE durante la vigencia evaluada en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo adoptada por la entidad.
	Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Corresponde a la cantidad de niños (as) menores de 10 años que asistieron a la consulta de Crecimiento y desarrollo, durante la vigencia evaluada.


El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

Ahora bien, por otra parte es imprescindible que se realice un proceso de auditoría interna de la mano con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, que evalúe periódicamente la adherencia a la Guía de atención de Crecimiento y desarrollo, por parte del Recurso Humano profesional que ejecuta este programa.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2022	
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 les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	603	0.92
	Número de Historias clínicas de		

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se les atendió en la consulta de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	654	
--	--	-----	--


Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.80	0.92

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se lleva el programa de Detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, en el cual se hace el manejo de los niños menores de 10 años en la búsqueda de detectar tempranamente alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo de los niños, para que puedan ser intervenidos a tiempo y evitar desviaciones en las curvas de crecimiento d ellos.

Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2022 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para este programa. La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía.

Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2022 la evaluación de la aplicación de la guía de detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 10 año, la cual arrojó que el 96% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.


Actas Comité Historias clínicas

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

25. Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas		Comité de calidad o quien haga sus veces
b	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo		Comité de calidad o quien haga sus veces
a/b	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estandar propuesto	≤ 0.03	
	Rango de variación	0.0 - ≥ 0.10	
	Concepto	Definición	
	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	Se refiere a la cantidad de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE, por la misma causa en el mismo paciente durante la vigencia evaluada dentro del periodo comprendido entre las veinticuatro (24) horas y las setenta y dos (72) horas después de la hora registrada de atención de primera vez	
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.	Se refiere a la cantidad con corte a 31 de diciembre, de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE durante la vigencia evaluada.	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso o salida. Este indicador nos dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutive de la institución en la educación al paciente.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:


INDICADOR		Resultados 2022	
Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación	10	0.005
	Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación	2.193	

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	<= 0.03	0.005

LOGROS

Durante la vigencia 2022 se definió dentro de los indicadores de gestión del servicio de urgencias el de Reingresos por el Servicio de Urgencias, la recolección de la información se inició de manera manual, pero en el segundo semestre se obtuvo la información mediante el software con el cual cuenta la empresa.

Se incluyeron dentro del indicador los casos de reingresos después de las 24 horas de la atención inicial de urgencias y antes de las 72 horas de la atención inicial de

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

urgencias. Durante los primeros seis meses el resultado del indicador estaba por encima del estándar propuesto, por lo que se priorizaron algunas acciones de mejora en aras de cumplir con este y con los demás indicadores del área, fue así como se reorganizó la ruta de atención en el servicio de urgencias, se actualizaron las guías de manejo de las principales causas de consulta, se socializaron entre el personal asignada al área y posterior a ello se inició a evaluación de aplicación de las guías actualizados.

Se pudo determinar que el 95% de los reingresos presentados durante la vigencia 2022 se debe a causas atribuibles a la enfermedad, como complicaciones, problema nuevo y progresión de la enfermedad, el 5% se deben a causas relacionadas con el sistema y no se determinaron causas atribuibles o relacionadas con el paciente ni con los profesionales.

Cumpliendo así con el indicador No 25 del plan de gestión gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

Actas Comité Historias clínicas


Libro de atención de urgencias

ANEXO:

Ficha Técnica plataforma SIHO Minsalud.

26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	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.	Reporte de la resolución 1446 de 2006 , ó la norma que la sustituya
b	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Reporte de la resolución 1446 de 2006 , ó la norma que la sustituya
a/b	Razón de cumplimiento	


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Razón de Cumplimiento			
		Unidad de medición	Días
		Estandar propuesto	≥ 3
		Rango de variación	0.0 hasta 6.0
		Concepto	Definición
		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	Corresponde al total de días contabilizados entre la fecha en la cual el paciente o su representante solicitaron la cita con Médico General y la fecha en la cual se asignó efectivamente la cita por parte de la ESE.
		Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	Corresponde a la cantidad de consultas programadas y realizadas por Médico General en la entidad durante la vigencia evaluada

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.

La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan 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

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Para la vigencia 2022 el resultado de este indicador fue el siguiente:


INDICADOR		Resultados 2022
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Σ de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación	7.994
	Número Total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	6.551

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<= 3.00	1.22

LOGROS

Este indicador que también hace parte de los indicadores de oportunidad de obligatorio reporte en la circular 030, circular única, decreto 2193; se ha venido midiendo, evaluando y controlando desde hace varias vigencias.

Es importante mencionar que en la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ desde el segundo semestre del año 2019 la asignación de citas para consulta externa se hace con agendas abiertas permanentemente, lo cual en contraste con el resultado obtenido en este indicador demuestra que se viene controlando de manera efectiva la oferta con la demanda de este servicio, garantizando oportunidad a todos los usuarios en la asignación de citas de este servicio.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Las fichas técnicas de estos indicadores fue definida por el Comité de Calidad de la ESE HICY a partir de Ley 1438 de 2011-Decreto-Ley 019 de 2012- Resolución 1552 de 2013- Resolución 4678 de 2015, la meta propuesta para este indicador es obtener una oportunidad en la asignación de cita de medicina general no superior a tres (03) días de espera.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General durante en la vigencia 2022 fue de 1.22 días, resultado que se ajusta y se coloca por debajo a la meta propuesta por el comité de calidad y las EPSS del municipio

Desde el mes de julio de 2022 se contrató un médico general tiempo completo con recursos del SGP Oferta con una asignación de consultas de 4 pacientes por hora para un total de 16 nuevos cupos en la vigencia lo que mejoró circunstancialmente la oportunidad en medicina general.


Se cumple así con el indicador No 26 del Plan de Gestión Gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de la Oficina SIAU.
Encuestas de Satisfacción aplicadas

ANEXO:

Ficha Técnica plataforma SIHO Minsalud.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

CONCLUSIONES


Durante el año 2022, estructuramos y formalizamos un sistema de operación que ha permitido fortalecer la base de todas las acciones que emprendemos; desde los procesos de planeación estratégica hasta la estructura que nos permite estandarizar la forma de realizar seguimiento y evaluación a las actividades desarrolladas. Asimismo, actualizamos el direccionamiento estratégico y creamos las políticas institucionales y lineamientos que fortalecen los procesos de la cadena de valor.

Sin embargo, existen tres (03) indicadores que ameritan atención y plan de mejoramiento al no alcanzar o cumplir con lo propuesto en el plan y que se detallan a continuación:

Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos, la ESE HICY durante la vigencia 2022 no realizó compras conjuntas o a través de cooperativas de los insumos médicos requeridos en el componente de gastos de operación comercial y de prestación de servicios, geográficamente los hospitales de la red departamental mas cercanos a la ESE HICY son la ESE NOROCCIDENTAL y LA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO C., de baja y mediana complejidad respectivamente, el volumen de compras de estos hospital supera en volumen y monto a las compras realizadas por la institución por lo que no resulta atractivo para estas iniciar procesos de compras conjuntas, la ESE HICY realiza sus compras directamente teniendo en cuenta lo dispuesto en el manual de contratación adoptado .

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya, No se pudo entregar los informes correspondientes al 1er y 2do trimestre de la vigencia 2022, las razones responden a problemas de conectividad con la plataforma dispuesta para tal fin.

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya, el incumplimiento en el reporte de la información del 2do y 3er trimestre se debe a inconvenientes presentados en el

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

funcionamiento de los módulos contables y presupuestales del software adquirido a la empresa STEFANINI SYSMAN.

Como consecuencia a lo anterior la ESE HICY tubo que adquirir unas actualizaciones al software adquiridos mediante contrato de prestación de servicios No. 097 de agosto de 2022 las cuales tomaron un tiempo considerable para su vinculación con la plataforma existente


Desde estos 3 desafíos estratégicos se han planteados planes de mejoramiento para ser ejecutados en la vigencia 2023, hemos sido llamados a repensar la forma en que producimos, compramos y realizamos reportes de información a los entes de vigilancia y control con el fin de propender por la sostenibilidad económica y social dentro del sistema como reto compartido del cual no podemos abstraernos para el fortalecimiento de la red de servicios.

En el 2014 logramos la operación de casi todos los servicios inicialmente planeados, crecimos en todas las actuaciones para la óptima atención en los servicios y nos propusimos prestar la Mejor atención a la población del área de influencia

Atentamente,



ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
GERENTE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ACUERDO No. 004
(27 de Marzo de 2023)

POR MEDIO DEL CUAL LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, DE LA PLAYA N.S. HACE CONSTAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES PONDERADAS DEL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL AÑO 2022

LA JUNTA DICTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ DE LA PLAYA, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 72 dispuso que *"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..."*


Que el Ministerio de salud y Protección Social, mediante la expedición de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, definió las condiciones y metodología para la elaboración, y presentación de los planes de gestión de los señores Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, y su evaluación por parte de las correspondientes Juntas Directivas.

Que, el artículo 74 de la Ley 1438 dispone que para la evaluación de los planes de gestión, el Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, conforme a los contenidos y metodología definidos por el Ministerio de la Protección Social; así mismo 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.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Circular Externa N° 00003 del 28 de marzo de 2014, fijó instrucciones claras sobre la evaluación del plan de gestión de los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado obedeciendo a criterios de seguimiento y control de la gestión administrativa, así como de garantía de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.


Que la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa N.S., es una entidad pública prestadora de servicios de salud de baja complejidad, creada mediante acuerdo No. 012 del 13 de Septiembre de 2004, con categoría especial de Entidad Publica Descentralizada, con Infraestructura propia, cuyo Gerente, el Dr. ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.573.622 expedida en Abrego, Norte de Santander, se encuentra nombrado a partir del primero (1ro) de abril de 2020 según consta en el Decreto No. 0023 de 1ro de abril de 2020 expedido por el señor Alcalde Municipal de La Playa, Norte de Santander, y posesionado mediante Acta de Posesión de fecha primero (1ro) de abril de 2020.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011, el señor Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, radicó ante los miembros de la Junta Directiva de ESE el día 27 de Marzo de 2023, un informe sobre el cumplimiento del Plan de gestión vigencia 2022, que contiene los logros de los indicadores de gestión, resultados y cumplimiento de la ESE conforme a lo aprobado por la Junta Directiva.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Que en reunión ordinaria los miembros de la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ de La Playa NS, tomando en consideración el informe de gestión presentado con corte a 31 de diciembre de 2022 y de acuerdo a lo establecido en la matriz de calificación del anexo técnico N° 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, procedieron a calificar la gestión del señor Gerente en el periodo comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2022, mostrando los siguientes resultado ponderados:

Área	Indicador		Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	>=	1.20	2.44	1.03	5	0.05	0.25
	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	>=	0.90	1.00	0.11	5	0.05	0.25
	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	>=	0.90	0.90	0.00	5	0.10	0.5
Financiera y Administrativa 40%	Riesgo fiscal y financiero: 5%		Riesgo Bajo	Sin Riesgo	0.00	0	0.05	0
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%	<	0.90	0.86	-0.04	5	0.05	0.25
	Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos: 5%	>=	0.70	0.00	-0.20	0	0.05	0
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior: 5%	=	0.00	0.00	0.00	5	0.0625	0.31
	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS: 5%	=	4.00	4.00	0.00	5	0.0625	0.31
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo:5%	>=	1.00	1.01	0.01	5	0.0625	0.31
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya: 5%		Cumplimiento dentro de los términos previstos	No cumple	0.00	0	0.05	0.00
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004,6 la norma que la sustituya: 5%		Cumplimiento dentro de los términos previstos	No cumple	0.00	0	0.0625	0.00

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Gestión Clínica o Asistencial	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>=	0.85	0.88	0.04	5	0.08	0.40
	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación		0.00	0.00	0.00	5	0.08	0.40
	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	>=	0.90	1.00	0.11	5	0.07	0.35
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	>=	0.80	0.92	0.15	5	0.06	0.30
	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	<=	0.03	0.01	-0.83	5	0.05	0.25
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<=	3.00	1.22	-0.59	5	0.06	0.30
TOTAL CALIFICACIÓN DEL PERIODO								4.19

Que conforme a la escala de resultados contenida en el anexo técnico N° 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de febrero de 2018, la sumatoria de las calificaciones ponderadas da como resultado un puntaje total de **CUATRO PUNTO DIECINUEVE (4.19)**, mostrando un cumplimiento en la ejecución del Plan de Gestión (igual o superior al 86%) que se traduce en una calificación (**SATISFACTORIA**).

Que en mérito de lo expuesto, la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS,


ACUERDA


ARTICULO PRIMERO: Hacer constar que luego de efectuada la calificación del Plan de Gestión del señor Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, para el periodo correspondiente al 1ro de enero al 31 de diciembre de 2022 mostró un puntaje total de **CUATRO PUNTO DIECINUEVE (4.19)**, evidenciando un cumplimiento en la ejecución del Plan de Gestión igual o superior al 83.8% lo que se traduce en una calificación **SATISFACTORIA**.

ARTICULO SEGUNDO: NOTIFICAR personalmente al Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, el presente Acuerdo, haciéndosele saber que contra el mismo procede el recurso de reposición, dentro de los cinco (5) hábiles siguientes a su notificación, ante la Junta Directiva y el de apelación en efecto suspensivo ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.


ARTICULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y aprobación.

La Playa, Norte de Santander, 27 de marzo de 2023.


IDER HUMBERTO ALVAREZ GARCIA
 Presidente
 Junta Directiva
 ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ


JOSÉ MARÍA MORALES TORRES
 Secretario Ad Hoc
 Junta Directiva
 ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ

Proyecta: jose m

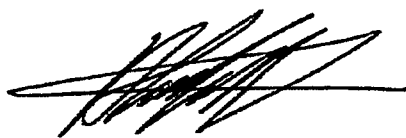
	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN

En la fecha se notificó personalmente a el Doctor ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.094.573.622 expedida en Abrego, Norte de Santander, en calidad de Gerente de la ESE Hospital ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa N.S., el contenido del presente Acuerdo mediante el cual la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, hace constar el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas del Plan de Gestión del Gerente de la Empresa Social del Estado correspondiente a la Vigencia del año 2022.

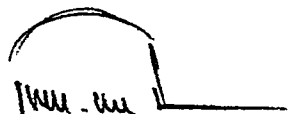
Se hace entrega de una copia del Acuerdo y se le hace saber que contra el mismo procede el recurso de reposición ante la presidencia de la Junta Directiva y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

El Notificado,




ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
C.C. 1.094.573.622 de Abrego NS

El Notificador,



JOSE MARÍA MORALES TORRES
C.C. 73.557.371 de Arjona Bolívar

PLAN DE GESTION 2021

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Oficio No. 020-04-22

La Playa de Belén, 1ro de Abril de 2022

Señores

MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA

ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ

La Playa de Belén, Norte de Santander

Respetuoso saludo,

Adjunto al presente me permito hacer entrega del informe del plan de gestión de la vigencia 01 de enero al 31 de diciembre de 2021 para que sea revisado, analizado por cada uno de ustedes, evaluado y posteriormente emitir concepto sobre la calificación del mismo; para lo cual adjunto en medio impreso los soportes y matriz de evaluación.

Todo lo anterior para dar cumplimiento al artículo 3 de la resolución 00743 del 15 de marzo de 2013 modificada por la Resolución 408 de 15 febrero de 2018 del Ministerio de la Protección Social.


Cada uno de los puntos a analizar y evaluar poseen los soportes correspondientes en carpeta que se adjunta y que hace parte integral de este documento.

Para los datos numéricos se dieron resultados con cuatro decimales.

Cordialmente




ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
GERENTE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

INFORME ANUAL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2021
ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ
LA PLAYA, NORTE DE SANTANDER

DR. ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
 Gerente

LA PLAYA N.S., ABRIL DE 2022

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

**A LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL
CELIS YÁÑEZ, DEL MUNICIPIO DE LA PLAYA DE BELEN**


DR. IDER ALVAREZ GARCÍA
Presidente

DRA. WENDY A. SANGUINO CARRASCAL
Secretaria de Hacienda y Salud Municipal

DRA. LINA MARIA AREVALO SANCHEZ
Sector Científico Interno

SRA. MARIA ZUNILDA CORONEL MARTÍNEZ
Representante Asociaciones de Usuarios del Municipio

SR. JOSÉ MARÍA MORALES TORRES
Sector Administrativo Interno


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

INTRODUCCION

El Gerente de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, presenta a consideración de la Honorable Junta Directiva de la entidad, el informe de gestión gerencial correspondiente a la vigencia 2021, acogiéndose a lo establecido en la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, y los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 del 19 de Enero de 2012 y la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018, por lo cual se presentan los resultados de los Indicadores que cobijan las normas citadas anteriormente.


El presente Informe de Gestión muestra los resultados alcanzados durante la vigencia 2021, teniendo en cuenta lo pactado en las metas y actividades definidas en el anexo técnico de la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, que es la norma que reglamenta las condiciones y metodología para la evaluación del Plan de gestión en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial. A continuación definimos las áreas citadas anteriormente:

- Dirección y Gerencia, encaminada al fortalecimiento Institucional, incluye la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en desarrollo del ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya, la efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud y la Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.
- Financiera y Administrativa, encaminada a disminuir el riesgo fiscal y financiero, analizar la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, determinar la 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, cuantificar el 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 adecuado uso de la información de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, el cumplimiento con oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

circular única, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya y la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.

- Clínica o Asistencial, en procura del Desarrollo Integral de una adecuada prestación de servicios, con calidad y centrada al usuario, la cual evalúa aspectos tales como: proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE, evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva, evaluación de la aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo, reingresos por el servicio de urgencias y oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

MARCO LEGAL


1. Decreto 139 de 1.996, artículo 7, numeral 4, "Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional".
2. Ley 1122 de 2007. **Artículo 2º. Evaluación por resultados.** El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. **Decreto 357 de 2008**, por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
4. Ley 1438 de 2011. Tres artículos de la Ley 1438 hacen referencia a este importante insumo de planificación, a saber:

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. a

Artículo 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. 1

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:

5. Resolución 710 de 2012, por la cual se establecen las condiciones y metodología para la preparación y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de ESE y su posterior evaluación por parte de la Junta Directiva.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

6. Resolución 743 de 2013, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

7. Ley 1797 de 2016, Artículo 20.


Adicionalmente, debe tenerse en cuenta:

- Acuerdos de la CRES: En particular los relacionados con los contenidos de planes de beneficios y fijación del valor de la UPC.
- Normas y políticas específicas: Prestación de servicios, servicio farmacéutico, tecnologías, sangre y hemoderivados, etc.
- Código de Comercio: Contratación en las ESE. Normas de libre competencia en las ESE.
- Normas fiscales, penales y disciplinarias.
- Sentencias de la Corte Constitucional.
- 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.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


OBJETIVO GENERAL

Presentar ante la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL ISABEL CELIS YÁÑEZ, el informe de gestión gerencial vigencia 2021 del Plan de Gestión Gerencial del Doctor Aldemar Arturo Gaona Peñaranda, para su posterior evaluación y calificación, de acuerdo con lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, la ley 1438 de 2011, en los artículos 72 y 74 y la Resolución 743 de 2013.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

METODOLOGIA

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y de la Protección Social y la norma marco se definió la presentación del informe del plan de gestión para el período 1ro de enero al 31 de diciembre de 2021, tomando como referencia lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, la ley 1438 de 2011, en los artículos 72 y 74 y la Resolución 743 de 2013.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ESTRUCTURA PLAN DE GESTION GERENCIAL

Se realizó la consolidación de los resultados de los indicadores del plan de gestión vigencia 2021 de la siguiente forma:


AREA DE DIRECCION Y GERENCIA : 3 INDICADORES
 AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA : 8 INDICADORES
 AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL : 6 INDICADORES

AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

A esta área corresponden los procesos de planeación Estratégica, definición de políticas institucionales, que en últimas se constituye en el derrotero de la alta dirección, para definir la hoja de ruta de la Entidad durante el presente cuatrienio. En esta área se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

1. Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	Documento de Autoevaluación
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estándar propuesto	Autoevaluación
	Rango de variación	NA
	Concepto	Definición
	Indicador Nominal	Indicador Nominal

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

El artículo 2 del decreto 2181 de 2008, en su numeral 2 establece *“Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados”*.

La Autoevaluación se constituye en la fase inicial y punto de partida del Ciclo de preparación para la acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad


Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Dirección Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia-anterior.	>= 1.20	1.20	0.00

La ESE Hospital ISABEL CELIS YAÑEZ en los años anteriores no había desarrollado ninguna acción tendiente a realizar la autoevaluación basado en estándares de acreditación, su PAMEC se había hecho en base a los estándares de habilitación y se venía trabajando en acciones de mejoramiento continuo basado en este.

Dando cumplimiento a lo contemplado en la normatividad relacionada con el tema y a los indicadores incluidos en el plan de gestión gerencial 2020-2024, se procede durante el año 2021 adelantar varias acciones con el fin de lograr la autoevaluación de la empresa con estándares de acreditación en salud.

Para ello se realiza a contratación de una Especialista en Auditoría de Calidad para hacer capacitación al todo el personal responsable de los procesos en la ESE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

A fin de sensibilizarlos sobre la acreditación en salud y la metodología para la preparación hacia esta.

Se implementa el Comité de gestión de la calidad, se ejecuta un cronograma de actividades cuyo fin fue realizar la autoevaluación de la ESE HICY incluyendo las siguientes actividades:


LOGROS

Coordinación de la realización de comités institucionales de obligatorio cumplimiento.
 Actualización de las resoluciones de adopción de los comités institucionales.
 Revisión del diligenciamiento de las historias clínicas.
 Inicio de la autoevaluación de los estándares del sistema único de acreditación
 Autoevaluación del HICY con base a la Resolución 1043 para solicitar habilitación de servicio de internación obstétrica, farmacia, brigadas intramurales.
 Realización de protocolos del servicio de esterilización
 Revisión del diligenciamiento de las historias clínicas.
 Listas de chequeo de habilitación
 Inscripción de la HICY en MIPRES
 Diseño de política de seguridad del paciente
 Elaboración de manuales y protocolos de habilitación
 Diseño de formatos institucionales
 Análisis de Eventos Adversos

Con base en Estándares de Acreditación propuestos se obtuvo la calificación de la empresa de 1.20 Con ello se determina que se cumplió con el indicador del plan de gestión gerencial en su indicador No 1.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

DIFICULTADES


Establecimiento de acciones de mejora que no generaron un impacto transversal para el para el proceso de acreditación, por ello, se consideró necesario un cambio de metodología.

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortiz

2. Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de acciones de mejora ejecutadas en la vigencia evaluada, derivadas de la auditorías realizadas		Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
b	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria		
a/b	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estandar propuesto	>=0.90	
	Rango de variación	0.00 a >=0.090	
	Concepto	Definición	
	Número de acciones de mejora ejecutadas en la vigencia evaluada derivadas de las auditorías realizadass	Corresponde a la cantidad efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas, incluidas en los plens de mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada	
	Total acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de autoria	Corresponde a la cantidad efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas, incluidas en los plens de	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

			mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada
--	--	--	--

El PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo de mejoramiento continuo, a partir de la priorización de Estándares de Acreditación. El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 32 establece: "AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.


Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Dirección y Gerencia 20%	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	>= 0.90	0.90	0.00

Dada la importancia que representa para las Empresas Sociales del Estado el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a partir de un diagnostico que permita identificar, planear y ejecutar las oportunidades de mejora; así como realizar su seguimiento minimizando los riesgos durante la prestación de servicios.

Teniendo en cuenta que en la ESE HICY no se contaba con un plan de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud con enfoque en acreditación en las vigencias anteriores, para lograrlo durante la vigencia 2021 se diseñó un plan de

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

mejoramiento continuo con enfoque en acreditación, el cual se implementó durante la vigencia evaluada y se ejecutó en un 80% durante la vigencia, incluyendo las siguientes actividades:

LOGROS

Coordinación de la realización de comités institucionales de obligatorio cumplimiento.
 Diseño del formato de autoevaluación del PAMEC.
 Conformación del Equipo de autoevaluación del PAMEC.
 Asistencial técnica PAMEC en el Instituto Departamental de Salud N.S..
 Asistencial técnica SUA en el Instituto Departamental de Salud N.S..
 Auditoria externa PAMEC interventoría Régimen Subsidiado

Con ello se demuestra que se cumplió con el indicador No 2 propuesto en el plan de gestión gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz,

DEBILIDADES:

Cambios en el esquema metodológico aplicado en las autoevaluaciones que se realizaron en años anteriores.

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortíz

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
	a	Número de metas del plan operativo anual cumplidas	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de revisoría fiscal en caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
	b	Número de metas del plan operativo anual programadas	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de revisoría fiscal en caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
	a/b	Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estandar propuesto	≥ 0.90
		Rango de variación	0.00 a ≥ 0.90
		Concepto	Definición
		Número de metas del plan operativo anual cumplidas	Corresponde a la cantidad de metas del plan operativo institucional y el grado de cumplimiento, de las comprometidas para la vigencia evaluada
		Número de metas del plan operativo anual programadas	Corresponde a la cantidad de metas del plan operativo institucional y el valor esperado de las mismas al final de la vigencia evaluada

El Decreto 1876 de 1996 establece la obligatoriedad a todas las Empresas Sociales del Estado de contar con un Plan de Desarrollo Institucional que sirva de guía al proceso de modernización de su estructura organizacional y de sus servicios.

Es necesario consignar en un documento que sirva de base a la Junta Directiva, a la Gerencia, a la Administración y al talento humano los lineamientos que se desprendan del estudio del sector, el municipio y la Empresa y que se han fijado como metas en la organización de la empresa y su fortalecimiento, que permita fijar políticas de desarrollo con coherencia al Plan y así obtener los resultados esperados.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar	
Dirección y Gerencia 20%	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	≥	0.90	0.90	0.00

En el mes de abril de la vigencia 2020 se diseñó y adoptó en la ESE HICIV el Plan de desarrollo institucional, herramienta indispensable para el crecimiento y proyección organizacional de la empresa.


Para hacer seguimiento y evaluación a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en el periodo enero a diciembre de 2021, se cuenta con una herramienta como el Plan Operativo Anual, con el cual hacemos anualmente la planeación suficiente para que se puedan lograr los objetivos y metas propuestas en el plan.

LOGROS

Se elaboró el Plan Operativo de la vigencia 2021 el cual contó con la intervención de cada uno de los líderes de áreas y de procesos, a través del cual se pudo hacer seguimiento a las actividades y tomar los correctivos cuando se presentaban desviaciones en la ejecución del mismo.

Al realizar la evaluación de la ejecución del Plan Operativo Anual 2021 realizada por el responsable de la planeación en la entidad, nuestro Coordinador Administrativo y Financiero; se pudo determinar que se cumplió con el 92% de las acciones propuestas en el plan.

De esta forma se demuestra que se superó el estándar propuesto para el indicador 3 en del plan de gestión gerencial.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortiz,

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortiz


AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

4. Riesgo Fiscal y Financiero

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de la Protección Social según el riesgo.		Certificación del Ministerio de la Protección social
	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Medida de cumplimiento anual, según específica de riesgo financiero del MPS	
	Estandar propuesto	ESE categorizada en Riesgo Bajo	
	Rango de variación	Riesgo algo, riesgo medio, riesgo bajo, sin riesgo	
	Concepto	Definición	
	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de la Protección Social según el riesgo.	Se refiere al resultado de la clasificación anual del riesgo de la ESE emitida por el MPS teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera a partir de sus indicadores financieros	

Este indicador corresponde a lo contemplado en la Ley 1438 del 2011 artículo 80, y consiste en el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros.

Las Entidades categorizadas en riesgo medio y alto, deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Financiera y Administrativa	Riesgo fiscal y financiero:	Riesgo Bajo	Sin Riesgo

La ESE HICY hace seguimiento a las proyecciones contenidas en un plan de ajuste fiscal y financiero elaborado en el 2012 quedando así inmersa en convenio de desempeño con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, cuenta con indicadores de eficiencia financiera, con los cuales se busca garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero de la empresa.

El haber madurado en los procesos financieros y el lograr el cumplimiento sistemático de los indicadores financieros le han permitido a la empresa durante los años en los cuales se ha realizado la evaluación del riesgo fiscal y financiero lograr una evaluación satisfactoria del mismo.

LOGROS

La ESE HICY para la vigencia 2019 fue categorizada en "SIN RIESGO" según Resolución 1342 de 2018.


La evaluación del riesgo correspondiente a la vigencia 2020 y 2021 están suspendidas de acuerdo a lo establecido en la Resolución 856 de 29 de mayo de 2020 Artículo 6to. "hasta el término de emergencia sanitaria."

Sin embargo, se desarrolló la matriz de categorización del riesgo determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social como instrumento de medición y monitoreo del riesgo fiscal y financiero, a partir de los datos reportados en el aplicativo del Decreto 2193 de 2004, dando como resultado "Sin Riesgo"..

De esta forma la ESE HICY cumplió con el indicador No 4 del plan de Gestión Gerencial.


ANEXO:

Certificación de la oficina financiera, Sr. José M. Morales Torres.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	Gasto de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios en la vigencia objeto de evaluación	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya.
	b	Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	c	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación-	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya
	d	Número de UVR producidas en la vigencia anterior	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	(a/b) / (c/d)	Razón de cumplimiento	
Razón de Cumplimiento			
	Unidad de medición		Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto		>=0.90
	Rango de variación		0.00 a >=0.090
	Concepto		Definición
	Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar		Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las cuentas por pagar al cierre de la vigencia evaluada.
		Número de UVR producidas en la vigencia	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia evaluada, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.
		Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	por pagar	cuentas por pagar al cierre de la vigencia anterior, deflactado según la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social
	Número UVR producidas en la vigencia anterior	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia anterior, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativos producidas.


El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos.

Para la vigencia 2021, el resultado de este indicador fue:

2021		
Gastos de funcionamiento	1.981.445.022	
UVR	97.574.56	20.306.98

2020		
Gastos de funcionamiento	1.524.840.561	
UVR	79.558.26	19.166.33

INDICADOR		Resultados 2021
Evolución del Gasto por UVR	Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado	20.306.98
	Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes / No. UVR producidas en el año anterior	19.166.33
		1.05

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Financiera y Administrativa 40%	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%	> -0.90	1.05	-0.15

Este indicador al igual que el anterior se considera de eficiencia financiera, por ello son pilares en la ejecución del área correspondiente para poder mantenerlos dentro del estándar meta propuesto.


LOGROS

Aplicativo para calcular la Unidad de Valor Relativa (UVR)

Nivel de atención de la IPS a analizar

Producción Anual 2021

		Nivel de atención			Producción reportado en el periodo analizado	UVR por servicio
		Ponderación UVR				
Concepto		1	2	3		
203	Dosis de biológico aplicadas	0.15			2,655	398.25
204	Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0.75			660	495.00
205	Citologías cervicovaginales tomadas	2.00			259	518.00
902	Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0.75			1,111	833.25
900	Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	2.37			950	2,247.70
901	Número de sesiones de talleres colectivos - PIC-	1.82			36	65.52
207	Consultas de medicina general electivas realizadas	1.82			10,555	19,210.10
208	Consultas de medicina general urgentes	5.27			1,634	8,611.18

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


	realizadas					
209	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2.60				-
733	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7.53				-
211	Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1.82			1,492	2,715.44
212	Sellantes aplicados	1.06			2,751	2,916.06
213	Superficies obturadas (cualquier material)	1.06			7,669	8,129.14
214	Exodoncias (cualquier tipo)	2.10			483	1,014.30
216	Partos vaginales	65.00			13	845.00
217	Partos por cesárea	77.50				-
225	Total de días estancia de los egresos	-	10.74	11.64	15.64	139.62
229	Días estancia Cuidados Intermedios	51.33				-
230	Días estancia Cuidados Intensivos	108.55				-
234	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	-	82.00	138.09	262.10	26,650.00
240	Exámenes de laboratorio	-	1.98	3.10	6.98	22,360.14
241	Número de imágenes diagnósticas tomadas	-	4.73	6.51	37.40	425.70
					UVR total	97,574.56

DIFICULTADES

A pesar que el estándar meta es de < 0.90 , la tendencia muestra una pequeña disminución del resultado de este indicador respecto a lo logrado en la vigencia 2020. Cabe resaltar que la empresa proyecta sus gastos en base a las necesidades de la empresa, sin embargo su evolución por la producción se ve afectado pues existe un porcentaje importante de inasistencia a las citas programadas en el servicio de consulta externa y los programas de protección específica y detección temprana.

Otro aspecto que influye es la baja oferta de profesionales en medicina general los cuales condicionan sus servicios a una mayor exigencia remunerativa situación que implicó un aumento hasta del 10% en las asignaciones con respecto a la vigencia anterior.

Igualmente, los incrementos del salario mínimo y los incrementos al personal de planta decretado por el gobierno nacional superan ampliamente el IPC aspecto en el

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


cual la administración no tiene otra opción que el cumplimiento de norma legal en relación a las asignaciones.

ANEXO:

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de la Protección Social
Certificación de la oficina financiera, Sr. José M. Morales Torres.

6. Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE
b	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico.	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	≥0,70
	Rango de variación	0.00 a ≥0.70
	Concepto	Definición
	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Corresponde al valor total de las compras de medicamentos y material medico-quirúrgico por la ESE durante la vigencia evaluada, utilizando mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o plataformas compras electrónicas legalmente establecidas en el país.
	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-	Corresponde al valor total comprometido en el presupuesto de la ESE, por compras de

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	quirúrgico	medicamentos y material medico-quirúrgico al cierre de la vigencia evaluada.
--	------------	--

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


Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Financiera y Administrativa 40%	Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos: 5%	> = 0.70	0.00	-0.70

LOGROS

La ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ dando cumplimiento al Estatuto Interno de Contratación, aprobado por Junta Directiva, realiza adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico, material para odontología y para laboratorio a través de procesos de mínima cuantía o convocatoria pública cuando estos procesos sobrepasan los montos establecidos, garantizando los principios de publicidad, objetividad, pluralidad y selección objetiva, utilizando mecanismos electrónicos como la Página Web y el SECOP.

La ESE compra directamente a depósitos y laboratorios con el fin de eliminar la intermediación que elevan los costos de adquisición, igualmente los insumos se seleccionan ítem por ítem por lo que se adquieren los productos en los depósitos y laboratorios que mejor precio y calidad otorguen a la institución.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

DIFICULTADES

La ESE HICY ha realizado convocatorias a los hospitales de la red prestadora de servicios de salud del departamento Norte de Santander, específicamente la ESE NOROCCIDENTAL y la ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ, las cuales por ubicación geográfica están cerca a la ESE HICY, con el fin de estudiar opciones de compras conjuntas sin respuestas por parte de estos.

7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	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	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
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 anterior, en valores constantes	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Pesos corrientes
	Estandar propuesto	0.00
	Rango de variación	0.00 a 0.00
	Concepto	Definición
	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	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia evaluada..
	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia anterior, deflactada según

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

		metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social
--	--	--

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos, como también la variación con respecto al periodo anterior.


Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión Financiera y Administrativa	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior: %	= 0.00	0.00

Con este indicador se pretende que las deudas por concepto de salarios de planta y contratación de servicios de recurso humano no sean superiores a 30 días, a fin de garantizar eficiencia en los pagos del personal responsable de la producción y prestación de servicios y mantener un clima organizacional adecuado.

Para la vigencia 2021, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2021
Monto de la Deuda Superior a 30 por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Monto de la Deuda Superior a 30 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	0.00
		0.00
	Monto de la Deuda Superior a 30 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 por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la	0.00

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

vigencia anterior

LOGROS

Los salarios y prestaciones sociales se cancelaron oportunamente


Lo anterior demuestra que la gestión de pago de las deudas por este concepto fue favorable toda vez que se acercaron a cero deudas superiores a 30 días por este concepto.

ANEXO:

Certificación de la Contadora de la ESE HICY Dra. Nury O. Garcia Celis.

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
	Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia	1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva.
	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	
Razón de cumplimiento		
Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Número de informes analíticos de RIPS durante la vigencia
	Estandar propuesto	
	Rango de variación	0, 1, 3, 5 números enteros
	Concepto	Definición
	Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	Se refiere a la presentación de informes analíticos con base en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) a pacientes de la ESE, durante la vigencia evaluada

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión Financiera y Administrativa	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS:	= 4.00	4.00


LOGROS

La E.S.E HICY viene presentó cuatro (04) informes de Análisis de RIPS a la Junta Directiva durante la vigencia del 2021, los cuales incluyen información completa de la prestación de servicios por cada proceso incluyendo la de los CAES de Aspasica y La Vega, de esta manera la Junta se mantiene informada y actualizada para la toma de decisiones misionales y de prestación de servicios.

Se concluye que se cumplió con el indicado de gestión No 8 generando los RIPS y haciendo de ellos una fuente de información para evaluar la prestación de servicios en la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de Análisis de RIPS radicados a los miembros de la Junta Directiva y las actas de junta donde se consigna la presentación y sustentación de cada informe por parte de la Gerente.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres

9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)		Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya
	b		Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya
	a/b		Razón de cumplimiento
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición		Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto		El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en el Decreto 2193 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y contar con la validación de la Dirección Municipal Departamental o Distrital de Salud
	Rango de variación		0 ó 5
	Concepto		Definición
	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)		Corresponde al monto del recaudo efectivo (ejecución presupuestal de ingresos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Cobrar de vigencias anteriores
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.		Corresponde al monto de los compromisos (ejecución presupuestal de gastos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Pagar de vigencias anteriores

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Financiera y Administrativa	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo:5%	>= 1.00	1.03


Para la vigencia 2021, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2021
Resultado del Equilibrio presupuestal a partir del Recaudo	Valor ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor de C x C de vigencias anteriores)	2.330.548.498
	Valor ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor de comprometidos de C x P de vigencias anteriores)	2.262.279.034
		1.03

LOGROS

Con este resultado se muestra un adecuado comportamiento de los gastos frente al recaudo de la empresa dado que con los ingresos efectivamente recaudados se logró cubrir en un 103% los gastos comprometidos de la ESE durante la vigencia 2021, es decir se logró punto de equilibrio a partir del recaudo en la vigencia, interpretando que por cada peso comprometido en el gasto la ESE HICY tiene 1.03 pesos para respaldarlo.

Cabe resaltar la insistente labor en la recuperación de cartera mediante la circularización mensual de oficios, cobro directo a través de derechos de petición, incluso la intervención de entidades de control como la Superintendencia Nacional de

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Salud y la Contraloría General del Departamento las EPS del Régimen Subsidiado con presencia en el municipio adeudan a la ESE HICY un monto que supera los 476 millones de pesos, de los cuales 227 millones corresponden a cartera clasificada con más de 360 días, situación que para una ESE con una estructura de ingresos tan pequeña, puede afectar considerablemente lograr punto de equilibrio a partir del recaudo.

Igualmente hay que resaltar que la ESE HICY realizó una gestión importante en cuanto al pago de Cuentas por pagar pasando de 63.1 millones constituidas en el 2020 a 45.1 millones constituidas durante la vigencia 2021.

Sin embargo el comportamiento de este indicador se considera satisfactorio.

DIFICULTADES

La crisis en el flujo de recursos del Sistema de Salud, es por todos conocidos, que las EPSS no pagan de manera oportuna lo relacionado a eventos y liquidación de contratos por prestación de servicios de salud de otras vigencias, afectando considerablemente el recaudo.


EVIDENCIAS Y SOPORTES

Ejecución presupuestal de ingresos y gastos vigencia 2021.

Informe de ejecución presupuestal Pagina Web SIHO del Ministerio de la Protección Social

ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Superintendencia Nacional de Salud
		Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
		Estandar propuesto	El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, por parte de esta misma entidad.
		Rango de variación	0, 6, 5
		Concepto	Definición
		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Se refiere a la presentación de informes establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega de la información sobre el cumplimiento de la circular única que se tiene que presentar a la Súper Intendencia de Salud.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Administrativa y Financiera	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya: 5%	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Cumple

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

LOGROS

La Circular Única debe reportarse en dos oportunidades en el año con una periodicidad semestral, para el primer semestre se cumplió con el reporte oportuno de la información, tal como se venía haciendo en los semestres anteriores.

DIFICULTADES

Las comunes son las relacionadas con el acceso a la plataforma donde se hace el cargue de la información con destino a la Superintendencia Nacional de Salud .

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Pantallazo del cargue de la Circular Única primer y segundo semestre 2021 en el aplicativo de la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

ANEXO:

Certificación del Profesional Contadora de la ESE HICY Sr. Nury O. Garcia Celis

11.Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004,ó la norma que la sustituya:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Ministerio de Salud y Protección Social.
	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
	Estandar propuesto	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	Rango de variación	0, ó, 5
	Concepto	Definición
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la	Se refiere a la presentación de informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004, al

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	normatividad vigente	Ministerio de Salud y Seguridad Social, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma
--	----------------------	--

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestrales y un consolidado anual, donde se reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del período evaluado
Gestion Administrativa y Financiera	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004,ó la norma que la sustituya:	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

LOGROS


El reporte de la información contenida en el decreto 2193 de 2004 se ha venido haciendo oportunamente por parte de la ESE HICY, así mismo durante esta vigencia 2021, con lo que se cumple el indicador No 11 del plan de gestión gerencial.

DIFICULTADES

Incumplimiento y disponibilidad del personal asesor del Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander, al momento de recibir, revisar y validar la información del Decreto 2193 de 2004.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Pantallazo del cargue de la información al aplicativo del Decreto 2193, informes trimestrales, semestrales y anual 2021 en el aplicativo de la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Informes trimestrales 2021

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL / DISTRITAL

☒ Excel
 ☐ Word
 ☐ Texto

☒ Formularios No Entregados
☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2021-03	2021-06	2021-09	2021-12
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	2021/05/15 {26:37:54}	2021/05/17 {09:53:21}	2021/11/01 {14:35:11}	2022/02/19 {15:01:50}

Informes Anual 2021

REPORTE DE ENTREGA ANUAL A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL / DISTRITAL

☒ Excel
 ☐ Word
 ☐ Texto


☒ Formularios No Entregados
☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2021
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	2022/03/23 {13:20:47}

ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

AREA DE GESTIÓN CLÍNICA ○ ASISTENCIAL

21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	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	Informe del comité de Historias clínicas
b	Numero total de mujeres gestantes indentificadas en la vigencia objeto de evaluación	Informe del comité de Historias clínicas
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	$\geq 0,85$
	Rango de variación	0.0 hasta ≥ 0.85
	Concepto	Definición
	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	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada que recibieron por lo menos una valoración por parte de un médico de la entidad antes de la duodécima (12 ^a) semana de gestación y se inscribieron formalmente en el Programa institucional de Control Prenatal.
	Total de mujeres gestantes identificadas	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el Municipio y en el Departamento al igual que en el país y para tal fin el Ministerio de Salud, desarrolló una Guía mediante la expedición de la Resolución 412 de 2000, que consiste en un conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas. Estas recomendaciones son acciones tendientes a controlar la mortalidad materna. Se sugiere revisar esta guía periódicamente como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia de tres a cinco años.

Para la vigencia 2021, el resultado de este indicador fue:


INDICADOR		Resultados 2021	
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 en el programa de control prenatal de la ESE a mas tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia	63	1.00
	Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	63	

Área	Indicador	Línea Base		Resultado del periodo evaluado
Area de gestión clínica o asistencial	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>=	0.85	1.00

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ durante el año 2021 se diseñó una estrategia de captación temprana a todos los programas de promoción y prevención, como una medida para cumplir con este indicador que hace parte del plan de gestión gerencial; pero también a fin de incrementar la demanda inducida a los programas y disminuir en número y valor d las glosas de las EPS a la ESE.

Esta medida permitió que el porcentaje de captación de mujeres embarazadas al control prenatal antes de las doce semanas de embarazo se elevara al 86% durante

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

la vigencia 2021, garantizando ingreso oportuno al programa, intervención temprana de los riesgos, disminución de la morbilidad durante el control, disminución de la mortalidad materna y asegurando una adecuada preparación para la atención adecuada de un parto y del recién nacido. De esta manera se cumplió con el indicador No 12 del plan de Gestión Gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

ANEXO:

Certificación del Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Pérez Ortiz

22. Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.		Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado
	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Numero de casos	
	Estandar propuesto	Cero (0)	
	Rango de variación	0, 6, 5	
	Concepto	Definición	
	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Se refiere a la cantidad de Recién Nacidos en la ESE, durante la vigencia evaluada, que registraron Diagnóstico de Sífilis Congénita. Corresponde al recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento. Un tratamiento inadecuado consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central.


Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre.

Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre de gestación.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

	INDICADOR	Resultados 2021	
Insidencia de Sífilis congénitas en partos atendidos en la ESE	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0	
	Total de partos atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	13	
			0.00

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Area de gestión clínica o asistencial	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación	0.00	0.00

LOGROS

Dentro de las acciones de fortalecimiento y reorganización de los servicios de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se adelantó la implementación 100% de las guías de atención del embarazo, con lo cual se busca el mejoramiento de los indicadores del programa, entre ellos el de evitar que se presenten casos de sífilis congénita por falta de tratamiento o mal manejo de la sífilis gestacional.

Durante la vigencia 2021 no se reportaron casos de sífilis congénita en el total de mujeres atendidas en el programa de control prenatal o sala de partos de la ESE. De esta manera se cumplió con el Indicador No 22 del plan de gestión gerencial

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE		Informe comité de Historias Clínicas
b	Total de pacientes con Diagnóstico de		Informe comité de Historias Clínicas

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


	hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	
	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	≥0,90
	Rango de variación	0.0 - ≥0.90
	Concepto	Definición
	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE	Se refiere al total de historias clínicas de pacientes atendidos durante la vigencia evaluada en la ESE, con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía específica de manejo adoptada por la ESE
	Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Corresponde al total de historias clínicas de pacientes atendidas en la ESE con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial, durante la vigencia evaluada.

La hipertensión arterial es un problema de salud de particular importancia dadas su relevancia e impacto en la población general. Continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardio-vascular ya que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad.

Es de vital importancia, que se dé le especial y prioritaria vigilancia a la adecuada aplicación de la Guía de atención de esta enfermedad, a fin de poder realizar adecuado diagnóstico y pertinente plan de tratamiento a estos pacientes, manejándolos bajo un enfoque integral que involucre trabajo interdisciplinario, como lo son la alimentación balanceada, estilos de vida saludables, apoyo especializado según cada caso particular y controles de apoyo diagnóstico periódicos, entre otros aspectos.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR	Resultados 2021
Número de Historias clínicas que hacen parte de la muestra	53

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	1.00
	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	53

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Gestión Clínica o Asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	>= 0.90	1.00	0.10

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se lleva el programa de Riesgo cardiovascular en el cual se hace el manejo de los pacientes con enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus y dislipidemicos. Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2021 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para estas enfermedades.

La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía. Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2021 la evaluación de la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva la cual arrojó que el 100% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.


Actas Comité Historias clínicas

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	b	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Informe comité de Historias Clínicas
		Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Informe comité de Historias Clínicas
	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición		Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto		≥0,80
	Rango de variación		0.0 - ≥0.80
	Concepto		Definición
	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo		Se refiere al total de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años atendidos en Consulta de Crecimiento y Desarrollo de la ESE durante la vigencia evaluada en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo adoptada por la entidad.
	Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE		Corresponde a la cantidad de niños (as) menores de 10 años que asistieron a la consulta de Crecimiento y desarrollo,

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	en la vigencia.	durante la vigencia evaluada.
--	-----------------	-------------------------------


El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

Ahora bien, por otra parte es imprescindible que se realice un proceso de auditoría interna de la mano con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, que evalúe periódicamente la adherencia a la Guía de atención de Crecimiento y desarrollo, por parte del Recurso Humano profesional que ejecuta este programa.

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2021	
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 les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	127	0.92
	Número de Historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se les atendió en la consulta de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	138	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.80	0.92

LOGROS


En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se lleva el programa de Detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, en el cual se hace el manejo de los niños menores de 10 años en la búsqueda de detectar tempranamente alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo de los niños, para que puedan ser intervenidos a tiempo y evitar desviaciones en las curvas de crecimiento de ellos.

Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2021 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para este programa. La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía.

Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2021 la evaluación de la aplicación de la guía de detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 10 años, la cual arrojó que el 96% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.
Actas Comité Historias clínicas

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

25. Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	Comité de calidad o quien haga sus veces
b	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	Comité de calidad o quien haga sus veces
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estandar propuesto	≤ 0.03
	Rango de variación	$0.0 - \geq 0.10$
	Concepto	Definición
	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	Se refiere a la cantidad de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE, por la misma causa en el mismo paciente durante la vigencia evaluada dentro del periodo comprendido entre las veinticuatro (24) horas y las setenta y dos (72) horas después de la hora registrada de atención de primera vez
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.	Se refiere a la cantidad con corte a 31 de diciembre, de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE durante la vigencia evaluada.

Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso o salida. Este indicador nos dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutoria de la institución en la educación al paciente.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:


INDICADOR		Resultados 2021	
Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación	23	0.01
	Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación	1.634	

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del período evaluado
Gestión clínica o asistencial	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	<= 0.03	0.01

LOGROS

Durante la vigencia 2021 se definió dentro de los indicadores de gestión del servicio de urgencias el de Reingresos por el Servicio de Urgencias, la recolección de la información se inició de manera manual, pero en el segundo semestre se obtuvo la información mediante el software con el cual cuenta la empresa.

Se incluyeron dentro del indicador los casos de reingresos después de las 24 horas de la atención inicial de urgencias y antes de las 72 horas de la atención inicial de urgencias. Durante los primeros seis meses el resultado del indicador estaba por encima del estándar propuesto, por lo que se priorizaron algunas acciones de mejora en aras de cumplir con este y con los demás indicadores del área, fue así como se reorganizó la ruta de atención en el servicio de urgencias, se actualizaron las guías de manejo de las principales causas de consulta, se socializaron entre el personal

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

asignada al área y posterior a ello se inició a evaluación de aplicación de las guías actualizados.

Se pudo determinar que el 95% de los reingresos presentados durante la vigencia 2021 se debe a causas atribuibles a la enfermedad, como complicaciones, problema nuevo y progresión de la enfermedad, el 5% se deben a causas relacionadas con el sistema y no se determinaron causas atribuibles o relacionadas con el paciente ni con los profesionales.

Cumpliendo así con el indicador No 25 del plan de gestión gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

Actas Comité Historias clínicas


Libro de atención de urgencias

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	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.	Reporte de la resolución 1446 de 2006 , ó la norma que la sustituya
	b	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Reporte de la resolución 1446 de 2006 , ó la norma que la sustituya
	a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento		
		Unidad de medición	Días
		Estandar propuesto	≥3
		Rango de variación	0.0 hasta 6.0


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	Concepto	Definición
	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	Corresponde al total de días contabilizados entre la fecha en la cual el paciente o su representante solicitaron la cita con Médico General y la fecha en la cual se asignó efectivamente la cita por parte de la ESE.
	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	Corresponde a la cantidad de consultas programadas y realizadas por Médico General en la entidad durante la vigencia evaluada

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.

La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan 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.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2021 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Σ de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación	6.960
		1.15
	Número Total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	6.042


Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<= 3.00	1.15

LOGROS

Este indicador que también hace parte de los indicadores de oportunidad de obligatorio reporte en la circular 030, circular única, decreto 2193; se ha venido midiendo, evaluando y controlando desde hace varias vigencias.

Es importante mencionar que en la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ desde el segundo semestre del año 2019 la asignación de citas para consulta externa se hace con agendas abiertas permanentemente, lo cual en contraste con el resultado obtenido en este indicador demuestra que se viene controlando de manera efectiva la oferta con la demanda de este servicio, garantizando oportunidad a todos los usuarios en la asignación de citas de este servicio.

Las fichas técnicas de estos indicadores fue definida por el Comité de Calidad de la ESE HICY a partir de Ley 1438 de 2011-Decreto-Ley 019 de 2012- Resolución 1552

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

de 2013- Resolución 4678 de 2015, la meta propuesta para este indicador es obtener una oportunidad en la asignación de cita de medicina general no superior a tres (03) días de espera.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General durante en la vigencia 2021 fue de 1.15 días, resultado que se ajusta y se coloca por debajo a la meta propuesta por el comité de calidad y las EPSS del municipio

Desde el mes de julio de 2021 se contrató un médico general tiempo completo con recursos del SGP Oferta con una asignación de consultas de 4 pacientes por hora para un total de 16 nuevos cupos en la vigencia lo que mejoró circunstancialmente la oportunidad en medicina general.


Se cumple así con el indicador No 26 del Plan de Gestión Gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de la Oficina SIAU.
Encuestas de Satisfacción aplicadas

ANEXO:

Certificación del Coordinador SIAU institucional de la ESE HICY Srta. Daniela Carrascal Carrascal.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

CONCLUSIONES


Durante el año 2021, estructuramos y formalizamos un sistema de operación que ha permitido fortalecer la base de todas las acciones que emprendemos; desde los procesos de planeación estratégica hasta la estructura que nos permite estandarizar la forma de realizar seguimiento y evaluación a las actividades desarrolladas. Asimismo, actualizamos el direccionamiento estratégico y creamos las políticas institucionales y lineamientos que fortalecen los procesos de la cadena de valor.

Sin embargo, existen tres (03) indicadores que ameritan atención y plan de mejoramiento al no alcanzar o cumplir con lo propuesto en el plan y que se detallan a continuación:

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida, este indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción de servicios de salud, buscando el equilibrio entre ellos, para la vigencia 2021 no se logró el equilibrio entre las unidades producidas y el incremento del gasto de funcionamiento de la ESE HICY, razón por la cual se levantará plan de mejoramiento a partir de la programación de la producción de servicios de salud y la austeridad en los gastos operativos.

Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos, la ESE HICY durante la vigencia 2021 no realizó compras conjuntas o a través de cooperativas de los insumos médicos requeridos en el componente de gastos de operación comercial y de prestación de servicios, geográficamente los hospitales de la red departamental mas cercanos a la ESE HICY son la ESE NOROCCIDENTAL y LA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO C., de baja y mediana complejidad respectivamente, el volumen de compras de estos hospital supera en volumen y monto a las compras realizadas por la institución por lo que no resulta atractivo para estas iniciar procesos de compras conjuntas, la ESE HICY realiza sus compras directamente teniendo en cuenta lo dispuesto en el manual de contratación adoptado .

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya, No se pudo

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

entregar los informes correspondientes al 1er y 2do trimestre de la vigencia 2021, las razones responden a problemas de conectividad con la plataforma dispuesta para tal fin.


Desde estos 3 desafíos estratégicos se han planteados planes de mejoramiento para ser ejecutados en la vigencia 2022, hemos sido llamados a repensar la forma en que producimos, compramos y realizamos reportes de información a los entes de vigilancia y control con el fin de propender por la sostenibilidad económica y social dentro del sistema como reto compartido del cual no podemos abstraernos para el fortalecimiento de la red de servicios.

En el 2021 logramos la operación de casi todos los servicios inicialmente planeados, crecimos en todas las actuaciones para la óptima atención en los servicios y nos propusimos prestar la Mejor atención a la población del área de influencia

Atentamente,



ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
GERENTE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ACUERDO No. 005
(1ro de Abril de 2022)

POR MEDIO DEL CUAL LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, DE LA PLAYA N.S. HACE CONSTAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES PONDERADAS DEL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL AÑO 2021

LA JUNTA DIECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ DE LA PLAYA, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales. y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 72 dispuso que *"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 periodo 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..."*


Que el Ministerio de salud y Protección Social, mediante la expedición de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, definió las condiciones y metodología para la elaboración, y presentación de los planes de gestión de los señores Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, y su evaluación por parte de las correspondientes Juntas Directivas.

Que, el artículo 74 de la Ley 1438 dispone que para la evaluación de los planes de gestión, el Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, conforme a los contenidos y metodología definidos por el Ministerio de la Protección Social; así mismo 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.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Circular Externa N° 00003 del 28 de marzo de 2014, fijó instrucciones claras sobre la evaluación del plan de gestión de los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado obedeciendo a criterios de seguimiento y control de la gestión administrativa, así como de garantía de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Que la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa N.S., es una entidad pública prestadora de servicios de salud de baja complejidad, creada mediante acuerdo No. 012 del 13 de Septiembre de 2004, con categoría especial de Entidad Publica Descentralizada, con infraestructura propia, cuyo Gerente, el Dr. ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.573.622 expedida en Abrego, Norte de Santander, se encuentra nombrado a partir del primero (1ro) de abril de 2020 según consta en el Decreto No. 0023 de 1ro de abril de 2020 expedido por el señor Alcalde Municipal de La Playa, Norte de Santander, y posesionado mediante Acta de Posesión de fecha primero (1ro) de abril de 2020.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011, el señor Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, radicó ante los miembros de la Junta Directiva de ESE el día 1ro de abril de 2022, un informe sobre el cumplimiento del Plan de gestión vigencia 2021, que contiene los logros de los indicadores de gestión, resultados y cumplimiento de la ESE conforme a lo aprobado por la Junta Directiva.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA		CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES		VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA		Página 1 de 1

Que en reunión ordinaria los miembros de la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ de La Playa NS, tomando en consideración el informe de gestión presentado con corte a 31 de diciembre de 2021 y de acuerdo a lo establecido en la matriz de calificación del anexo técnico N° 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, procedieron a calificar la gestión del señor Gerente en el periodo comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2021, mostrando los siguientes resultado ponderados:

Area	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
------	-----------	------------	--------------------------------	---	--------------	-------------	---------------------

Dirección y Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	>=	1.20	1.20	0.00	5	0.05	0.25
	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	>=	0.90	0.90	0.00	5	0.05	0.25
	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	>=	0.90	0.90	0.00	5	0.10	0.5

Financiera y Administrativa 40%	Riesgo fiscal y financiero: 5%		Riesgo Bajo	Sin Riesgo	0.00	0	0.05	0
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%	<	0.90	1.05	0.17	1	0.05	0.05
	Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos: 5%	>=	0.70	0.00	-0.20	0	0.05	0
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior: 5%	=	0.00	0.00	0.00	5	0.0625	0.31
	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS: 5%	=	4.00	4.00	0.00	5	0.0625	0.31
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo:5%	>=	1.00	1.03	0.03	5	0.0625	0.31
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya: 5%		Cumplimiento dentro de los términos previstos	No cumple	0.00	0	0.05	0.00

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, ó la norma que la sustituya: 5%	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0.00	5	0.0625	0.31
--	---	---	------	---	--------	------

Gestión Clínica o Asistencial	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>=	0.85	1.00	0.18	5	0.08	0.40
	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación		0.00	0.00	0.00	5	0.08	0.40
	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	>=	0.90	1.00	0.11	5	0.07	0.35
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	>=	0.80	0.92	0.15	5	0.06	0.30
	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	<=	0.03	0.01	-0.67	5	0.05	0.25
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<=	3.00	1.15	-0.62	5	0.06	0.30

TOTAL CALIFICACIÓN DEL PERIODO	4.30
---------------------------------------	-------------


Que conforme a la escala de resultados contenida en el anexo técnico N° 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de febrero de 2018, la sumatoria de las calificaciones ponderadas da como resultado un puntaje total de **CUATRO PUNTO TREINTA (4.30)**, mostrando un cumplimiento en la ejecución del Plan de Gestión (igual o superior al 86%) que se traduce en una calificación (**SATISFACTORIA**).

Que en mérito de lo expuesto, la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS,

ACUERDA


ARTICULO PRIMERO: Hacer constar que luego de efectuada la calificación del Plan de Gestión del señor Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, para el periodo correspondiente al 1ro de enero al 31 de diciembre de 2021 mostró un puntaje total de **CUATRO PUNTO TREINTA (4.30)**, evidenciando un cumplimiento en la ejecución del Plan de Gestión igual o superior al 86% lo que se traduce en una calificación **SATISFACTORIA**.


ARTICULO SEGUNDO: NOTIFICAR personalmente al Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, el presente Acuerdo, haciéndosele saber que contra el mismo procede el recurso de reposición, dentro de los cinco (5) hábiles siguientes a su notificación, ante la Junta Directiva y el de apelación en efecto suspensivo ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


ARTICULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y aprobación.

La Playa, Norte de Santander, 1ro de abril de 2022.


IDER HUMBERTO ALVAREZ GARCIA
 Presidente
 Junta Directiva
 ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ


JOSÉ MARIA MORALES TORRES
 Secretario Ad Hoc
 Junta Directiva
 ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ

Proyecta: jose m

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN

En la fecha se notificó personalmente a el Doctor ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.094.573.622 expedida en Abrego, Norte de Santander, en calidad de Gerente de la ESE Hospital ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa N.S., el contenido del presente Acuerdo mediante el cual la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, hace constar el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas del Plan de Gestión del Gerente de la Empresa Social del Estado correspondiente a la Vigencia del año 2021.

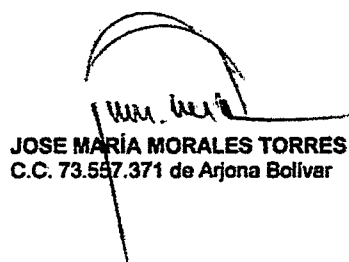
Se hace entrega de una copia del Acuerdo y se le hace saber que contra el mismo procede el recurso de reposición ante la presidencia de la Junta Directiva y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

El Notificado,




ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
C.C. 1.094.573.622 de Abrego NS

El Notificador,



JOSE MARÍA MORALES TORRES
C.C. 73.557.371 de Arjona Bolívar

PLAN DE GESTION 2020

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Oficio No. 048-04-21

La Playa de Belén, Abril 27 de 2021

Señores

MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA
ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ
 La Playa de Belén, Norte de Santander

Respetuoso saludo,

Adjunto al presente me permito hacer entrega del informe del plan de gestión de la vigencia 01 de enero al 31 de diciembre de 2020 para que sea revisado, analizado por cada uno de ustedes, evaluado y posteriormente emitir concepto de evaluación; para lo cual adjunto en medio impreso en formato Excel el modelo a seguir.

Todo lo anterior para dar cumplimiento al artículo 3 de la resolución 00743 del 15 de marzo de 2013 modificada por la Resolución 408 de 15 febrero de 2018 del Ministerio de la Protección Social.


Cada uno de los puntos a analizar y evaluar poseen los soportes correspondientes en carpeta que se adjunta y que hace parte integral de este documento.

Para los datos numéricos se dieron resultados con cuatro decimales.

Cordialmente



ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
 GERENTE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

INFORME ANUAL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2020
ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ
LA PLAYA, NORTE DE SANTANDER

DR. ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
 Gerente

LA PLAYA N.S., ABRIL DE 2021



PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA

CODIGO: GDI-F-03

COMUNICACIONES

VERSIÓN: 02

COMUNICACIÓN EXTERNA

Página 1 de 1

**A LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL
CELIS YÁÑEZ, DEL MUNICIPIO DE LA PLAYA DE BELEN**

DR. IDER ALVAREZ GARCÍA
Presidente

DRA. WENDY A. SANGUINO CARRASCAL
Secretaria de Hacienda y Salud Municipal

DRA. LAURA VANESA URRUTIA ALVAREZ
Sector Científico Interno

SRA. MARIA ZUNILDA CORONEL MARTÍNEZ
Representante Asociaciones de Usuarios del Municipio

SR. JOSÉ MARÍA MORALES TORRES
Sector Administrativo Interno




INTRODUCCION

El Gerente de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, presenta a consideración de la Honorable Junta Directiva de la entidad, el informe de gestión gerencial correspondiente a la vigencia 2020, acogiéndose a lo establecido en la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, y los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 del 19 de Enero de 2012 y la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018, por lo cual se presentan los resultados de los Indicadores que cobijan las normas citadas anteriormente.


El presente Informe de Gestión muestra los resultados alcanzados durante la vigencia 2020, teniendo en cuenta lo pactado en las metas y actividades definidas en el anexo técnico de la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, que es la norma que reglamenta las condiciones y metodología para la evaluación del Plan de gestión en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial. A continuación definimos las áreas citadas anteriormente:

- Dirección y Gerencia, encaminada al fortalecimiento Institucional, incluye la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en desarrollo del ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya, la efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud y la Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.
- Financiera y Administrativa, encaminada a disminuir el riesgo fiscal y financiero, analizar la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, determinar la 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, cuantificar el 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 adecuado uso de la información de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, el cumplimiento con oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

circular única, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya y la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.

- Clínica o Asistencial, en procura del Desarrollo Integral de una adecuada prestación de servicios, con calidad y centrada al usuario, la cual evalúa aspectos tales como: proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE, evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva, evaluación de la aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo, reingresos por el servicio de urgencias y oportunidad promedio en la atención de consulta médica genera

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

MARCO LEGAL


1. Decreto 139 de 1.996, artículo 7, numeral 4, "Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional".
2. Ley 1122 de 2007. **Artículo 2º. Evaluación por resultados.** El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. **Decreto 357 de 2008**, por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
4. Ley 1438 de 2011. Tres artículos de la Ley 1438 hacen referencia a este importante insumo de planificación, a saber:

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. a

Artículo 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. I

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:

5. Resolución 710 de 2012, por la cual se establecen las condiciones y metodología para la preparación y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de ESE y su posterior evaluación por parte de la Junta Directiva.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

6. Resolución 743 de 2013, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

7. Ley 1797 de 2016, Artículo 20.


Adicionalmente, debe tenerse en cuenta:

- Acuerdos de la CRES: En particular los relacionados con los contenidos de planes de beneficios y fijación del valor de la UPC.
- Normas y políticas específicas: Prestación de servicios, servicio farmacéutico, tecnologías, sangre y hemoderivados, etc.
- Código de Comercio: Contratación en las ESE. Normas de libre competencia en las ESE.
- Normas fiscales, penales y disciplinarias.
- Sentencias de la Corte Constitucional.
- 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.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


OBJETIVO GENERAL

Presentar ante la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, el informe de gestión gerencial vigencia 2020 del plan de gestión gerencial de el Doctor Aldemar Arturo Gaona Peñaranda, para su posterior evaluación, de acuerdo con lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, la ley 1438 de 2011, en los artículos 72 y 74 y la Resolución 743 de 2013.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

METODOLOGIA

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y de la Protección Social y la norma marco se definió la presentación del informe del plan de gestión para el período 1ro de enero al 31 de diciembre de 2020, tomando como referencia lo establecido en la metodología de la Resolución 000710 de Marzo 30 de 2012, la ley 1438 de 2011, en los artículos 72 y 74 y la Resolución 743 de 2013.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ESTRUCTURA PLAN DE GESTION GERENCIAL

Se realizó la consolidación de los resultados de los indicadores del plan de gestión vigencia 2020 de la siguiente forma:


AREA DE DIRECCION Y GERENCIA	: 3 INDICADORES
AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	: 8 INDICADORES
AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	: 6 INDICADORES

AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

A esta área corresponden los procesos de planeación Estratégica, definición de políticas institucionales, que en últimas se constituye en el derrotero de la alta dirección, para definir la hoja de ruta de la Entidad durante el presente cuatrienio. En esta área se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.**

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	Documento de Autoevaluación
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
	Estándar propuesto	Autoevaluación
	Rango de variación	NA
	Concepto	Definición
	Indicador Nominal	Indicador Nominal

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

El artículo 2 del decreto 2181 de 2008, en su numeral 2 establece *“Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados”*.

La Autoevaluación se constituye en la fase inicial y punto de partida del Ciclo de preparación para la acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad


Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Período a Evaluar
Dirección y Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	>= 1.20	1.20	0.00

La ESE Hospital ISABEL CELIS YAÑEZ en los años anteriores no había desarrollado ninguna acción tendiente a realizar la autoevaluación basado en estándares de acreditación, su PAMEC se había hecho en base a los estándares de habilitación y se venía trabajando en acciones de mejoramiento continuo basado en este.

Dando cumplimiento a lo contemplado en la normatividad relacionada con el tema y a los indicadores incluidos en el plan de gestión gerencial 2020-2024, se procede durante el año 2020 adelantar varias acciones con el fin de lograr la autoevaluación de la empresa con estándares de acreditación en salud.

Para ello se realiza a contratación de una Especialista en Auditoría de Calidad para hacer capacitación al todo el personal responsable de los procesos en la ESE

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

A fin de sensibilizarlos sobre la acreditación en salud y la metodología para la preparación hacia esta.

Se implementa el Comité de gestión de la calidad, se ejecuta un cronograma de actividades cuyo fin fue realizar la autoevaluación de la ESE HICY incluyendo las siguientes actividades:


LOGROS

Coordinación de la realización de comités institucionales de obligatorio cumplimiento.
 Actualización de las resoluciones de adopción de los comités institucionales.
 Revisión del diligenciamiento de las historias clínicas.
 Inicio de la autoevaluación de los estándares del sistema único de acreditación
 Autoevaluación del HICY con base a la Resolución 1043 para solicitar habilitación de servicio de internación obstétrica, farmacia, brigadas intramurales.
 Realización de protocolos del servicio de esterilización
 Revisión del diligenciamiento de las historias clínicas.
 Listas de chequeo de habilitación
 Inscripción de la HICY en MIPRES
 Diseño de política de seguridad del paciente
 Elaboración de manuales y protocolos de habilitación
 Diseño de formatos institucionales
 Análisis de Eventos Abversos

Con base en Estándares de Acreditación propuestos se obtuvo la calificación de la empresa de 1.20 Con ello se determina que se cumplió con el indicador del plan de gestión gerencial en su indicador No 1.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

DIFICULTADES


Establecimiento de acciones de mejora que no generaron un impacto transversal para el para el proceso de acreditación, por ello, se consideró necesario un cambio de metodología.

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortíz

2. Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de acciones de mejora ejecutadas en la vigencia evaluada, derivadas de la auditorías realizadas		Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
b	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria		
a/b	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estandar propuesto	>=0.90	
	Rango de variación	0.00 a >=0.090	
	Concepto	Definición	
	Número de acciones de mejora ejecutadas en la vigencia evaluada derivadas de las auditorías realizadass	Corresponde a la cantidad efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas, incluidas en los plens de mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada	
	Total acciones de mejoramiento	Corresponde a la cantidad	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de autoría	efectivamente ejecutada, de actividades o acciones de mejora identificadas, priorizadas, incluidas en los plens de mejoramiento de cualquier índole que haya formulado la ESE para ser desarrolladas durante la vigencia evaluada
--	--	---

El PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo de mejoramiento continuo, a partir de la priorización de Estándares de Acreditación. El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 32 establece: "AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.


Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar	
Dirección y Gerencia 20%	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	>=	0.90	0.90	0.00

Dada la importancia que representa para las Empresas Sociales del Estado el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a partir de un diagnóstico que permita identificar, planear y ejecutar las oportunidades de mejora; así como realizar su seguimiento minimizando los riesgos durante la prestación de servicios.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Teniendo en cuenta que en la ESE HICY no se contaba con un plan de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud con enfoque en acreditación en las vigencias anteriores, para lograrlo durante la vigencia 2020 se diseñó un plan de mejoramiento continuo con enfoque en acreditación, el cual se implementó durante la vigencia evaluada y se ejecutó en un 80% durante la vigencia, incluyendo las siguientes actividades:

LOGROS

Coordinación de la realización de comités institucionales de obligatorio cumplimiento.
Diseño del formato de autoevaluación del PAMEC.
Conformación del Equipo de autoevaluación del PAMEC.
Asistencial técnica PAMEC en el Instituto Departamental de Salud N.S..
Asistencial técnica SUA en el Instituto Departamental de Salud N.S..
Auditoria externa PAMEC interventoría Régimen Subsidiado

Con ello se demuestra que se cumplió con el indicador No 2 propuesto en el plan de gestión gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz,

DEBILIDADES:

Cambios en el esquema metodológico aplicado en las autoevaluaciones que se realizaron en años anteriores.

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortíz


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
	a	Número de metas del plan operativo anual cumplidas	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de revisoría fiscal en caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
	b	Número de metas del plan operativo anual programadas	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de revisoría fiscal en caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
	a/b	Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estandar propuesto	≥ 0.90
		Rango de variación	0.00 a ≥ 0.90
		Concepto	Definición
		Número de metas del plan operativo anual cumplidas	Corresponde a la cantidad de metas del plan operativo institucional y el grado de cumplimiento, de las comprometidas para la vigencia evaluada.
		Número de metas del plan operativo anual programadas	Corresponde a la cantidad de metas del plan operativo institucional y el valor esperado de las mismas al final de la vigencia evaluada

El Decreto 1876 de 1996 establece la obligatoriedad a todas las Empresas Sociales del Estado de contar con un Plan de Desarrollo Institucional que sirva de guía al proceso de modernización de su estructura organizacional y de sus servicios.

Es necesario consignar en un documento que sirva de base a la Junta Directiva, a la Gerencia, a la Administración y al talento humano los lineamientos que se desprendan del estudio del sector, el municipio y la Empresa y que se han fijado como metas en la organización de la empresa y su fortalecimiento, que permita fijar políticas de desarrollo con coherencia al Plan y así obtener los resultados esperados.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar	
Dirección y Gerencia 20%	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	>=	0.90	0.90	0.00

Durante la vigencia 2020 se diseñó y adoptó en la ESE HICY el Plan de desarrollo institucional, herramienta indispensable para el crecimiento y proyección organizacional de la empresa.

Para hacer seguimiento y evaluación a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional se cuenta con una herramienta como el Plan Operativo Anual, con el cual hacemos anualmente la planeación suficiente para que se puedan lograr los objetivos y metas propuestas en el plan.

LOGROS

Se elaboró el Plan Operativo de la vigencia 2020 el cual contó con la intervención de cada uno de los líderes de áreas y de procesos, a través del cual se pudo hacer seguimiento a las actividades y tomar los correctivos cuando se presentaban desviaciones en la ejecución del mismo.

Al realizar la evaluación de la ejecución del Plan Operativo Anual 2020 realizada por el responsable de la planeación en la entidad, nuestro Coordinador Administrativo y Financiero; se pudo determinar que se cumplió con el 92% de las acciones propuestas en el plan.

De esta forma se demuestra que se superó el estándar propuesto para el indicador 3 en del plan de gestión gerencial.



PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA

CODIGO: GDI-F-03

COMUNICACIONES

VERSIÓN: 02

COMUNICACIÓN EXTERNA

Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la oficina de la asesora de calidad Dra. Gleidy Páez Ortíz,

ANEXO:

Certificación de la oficina asesora de calidad, Dra. Gleidy Páez Ortíz


AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

4. Riesgo Fiscal y Financiero

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de la Protección Social según el riesgo.		Certificación del Ministerio de la Protección social
	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Medida de cumplimiento anual, según específica de riesgo financiero del MPS	
	Estandar propuesto	ESE categorizada en Riesgo Bajo	
	Rango de variación	Riesgo algo, riesgo medio, riesgo bajo, sin riesgo	
	Concepto	Definición	
	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de la Protección Social según el riesgo.	Se refiere al resultado de la clasificación anual del riesgo de la ESE emitida por el MPS teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera a partir de sus indicadores financieros	

Este indicador corresponde a lo contemplado en la Ley 1438 del 2011 artículo 80, y consiste en el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros.

Las Entidades categorizadas en riesgo medio y alto, deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Financiera y Administrativa	Riesgo fiscal y financiero:	Riesgo Bajo	Sin Riesgo

La ESE HICY hace seguimiento a las proyecciones contenidas en un plan de ajuste fiscal y financiero elaborado en el 2012 quedando así inmersa en convenio de desempeño con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, cuenta con indicadores de eficiencia financiera, con los cuales se busca garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero de la empresa.

El haber madurado en los procesos financieros y el lograr el cumplimiento sistemático de los indicadores financieros le han permitido a la empresa durante los años en los cuales se ha realizado la evaluación del riesgo fiscal y financiero lograr una evaluación satisfactoria del mismo.

LOGROS

La ESE HICY para la vigencia 2019 fue categorizada en "SIN RIESGO" según Resolución 1342 de 2018.

La evaluación del riesgo correspondiente a la vigencia 2020 está suspendida de acuerdo a lo establecido en la Resolución 856 de 29 de mayo de 2020 Artículo 6to. "hasta el término de emergencia sanitaria."


De esta forma la ESE HICY cumplió con el indicador No 4 del plan de Gestión Gerencial.

ANEXO:

Certificación de la oficina financiera, Sr. José M. Morales Torres.

5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	Gasto de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios en la vigencia objeto de evaluación	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya.
	b	Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	c	Gasto de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación-	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya
	d	Número de UVR producidas en la vigencia anterior	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	(a/b) / (c/d)	Razón de cumplimiento	
Razón de Cumplimiento			
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estandar propuesto	>=0.90	
	Rango de variación	0.00 a >=0.090	
	Concepto	Definición	
	Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las cuentas por pagar al cierre de la vigencia evaluada.	
		Número de UVR producidas en la vigencia	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia evaluada, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.
		Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas	Corresponde al valor total del gasto presupuestal de la ESE, objeto de compromiso, con registro presupuestal emitido, una vez descontadas las

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	por pagar	cuentas por pagar al cierre de la vigencia anterior, deflactado según la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social
	Número UVR producidas en la vigencia anterior	Corresponde a la cantidad de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas por la ESE durante la vigencia anterior, según la metodología establecida por el Ministerio de salud y Protección Social en el aplicativo SIHO, o en el que lo sustituya.

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativos producidas.

El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos.


Para la vigencia 2020, el resultado de este indicador fue:

2020		
Gastos de funcionamiento	1.524.840.561	
UVR	79.558.26	19.166.33

2019		
Gastos de funcionamiento	1.475.367.304	
UVR	98.296.82	15.009.31

INDICADOR		Resultados 2020
Evolución del Gasto por UVR	Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado	19.166.33
	Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes / No. UVR producidas en el año anterior	15.009.31
		1.27

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Financiera y Administrativa 40%	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%	> 0.95	1.27	0.32

Este indicador al igual que el anterior se considera de eficiencia financiera, por ello son pilares en la ejecución del área correspondiente para poder mantenerlos dentro del estándar meta propuesto.

LOGROS

Aplicativo para calcular la Unidad de Valor Relativa (UVR)

Nivel de atención de la IPS a analizar

1

Producción anual 2020


		Nivel de atención			Producción reportado en el periodo analizado	UVR por servicio
Concepto		Ponderación UVR	1	2		
203	Dosis de biológico aplicadas	0.15			2,361	354.15
204	Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0.75			986	739.50
205	Citologías cervicovaginales tomadas	2.00			551	1,102.00
902	Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0.75			622	466.50
900	Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	2.37			1,684	3,984.34
901	Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	1.82			28	50.96
207	Consultas de medicina general electivas realizadas	1.82			7,295	13,276.90

208	Consultas de medicina general urgentes realizadas	5.27				1,628	8,579.56
209	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2.60					-
733	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7.53					-
211	Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1.82				1,675	3,048.50
212	Sellantes aplicados	1.06				1,531	1,622.86
213	Superficies obturadas (cualquier material)	1.06				4,695	4,976.70
214	Exodoncias (cualquier tipo)	2.10				348	730.80
216	Partos vaginales	65.00				19	1,235.00
217	Partos por cesárea	77.50					-
225	Total de días estancia de los egresos	-	10.74	11.64	15.64	19	204.06
229	Días estancia Cuidados Intermedios	51.33					-
230	Días estancia Cuidados Intensivos	108.55					-
234	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	-	82.00	138.09	262.10	264	21,648.00
240	Exámenes de laboratorio	-	1.98	3.10	6.98	8,698	17,222.04
241	Número de imágenes diagnósticas tomadas	-	4.73	6.51	37.40	67	316.91
UVR total							79,558.26

DIFICULTADES

A pesar que el estándar meta es de < 0.95 , la tendencia es a la disminución del resultado de este indicador. Cabe resaltar que la empresa proyecta sus gastos en base a las necesidades de la empresa, sin embargo su evolución por la producción se ve afectado pues existe un porcentaje importante de inasistencia a las citas programadas en el servicio de consulta externa y los programas de protección específica y detección temprana.

Otro aspecto que influye es la baja oferta de profesionales en medicina general los cuales condicionan sus servicios a una mayor exigencia remunerativa situación que implicó un aumento hasta del 10% en las asignaciones con respecto a la vigencia anterior.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


Igualmente, los incrementos del salario mínimo y los incrementos al personal de planta decretado por el gobierno nacional superan ampliamente el IPC aspecto en el cual la administración no tiene otra opción que el cumplimiento de norma legal en relación a las asignaciones.

ANEXO:

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de la Protección Social
Certificación de la oficina financiera, Sr. José M. Morales Torres.

6. Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE
	b	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico.	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.
	a/b	Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estandar propuesto	≥0.70
		Rango de variación	0.00 a ≥0.70
		Concepto	Definición
		Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Corresponde al valor total de las compras de medicamentos y material medico-quirúrgico por la ESE durante la vigencia evaluada, utilizando mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o plataformas compras electrónicas legalmente establecidas en el país.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico	Corresponde al valor total comprometido en el presupuesto de la ESE, por compras de medicamentos y material medico-quirúrgico al cierre de la vigencia evaluada.
--	--	--

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


Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Financiera y Administrativa 40%	Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos: 5%	> = 0.20	0.00	-0.20

LOGROS

La ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ dando cumplimiento al Estatuto Interno de Contratación, aprobado por Junta Directiva, realiza adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico, material para odontología y para laboratorio a través de procesos de mínima cuantía o convocatoria pública cuando estos procesos sobrepasan los montos establecidos, garantizando los principios de publicidad, objetividad, pluralidad y selección objetiva, utilizando mecanismos electrónicos como la Página Web y el SECOP.

La ESE compra directamente a depósitos y laboratorios con el fin de eliminar la intermediación que elevan los costos de adquisición, igualmente los insumos se seleccionan ítem por ítem por lo que se adquieren los productos en los depósitos y laboratorios que mejor precio y calidad otorguen a la institución.


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

DIFICULTADES

La ESE HICY ha realizado convocatorias a los hospitales de la red prestadora de servicios de salud del departamento Norte de Santander, específicamente la ESE NOROCCIDENTAL y la ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ, las cuales por ubicación geográfica están cerca a la ESE HICY, con el fin de estudiar opciones de compras conjuntas sin respuestas por parte de estos.

7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	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	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
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 anterior, en valores constantes	Certificación de revisoría fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, Certificación del contador de la ESE.
a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Pesos corrientes
	Estandar propuesto	0.00
	Rango de variación	0.00 a 0.00
	Concepto	Definición
	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	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia evaluada.
	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes	Corresponde a la sumatoria de la cantidad adeudada por la ESE por concepto de salarios al personal de planta de la entidad, más la cantidad adeudada por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia anterior, deflactada según

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

		metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social
--	--	--

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos, como también la variación con respecto al periodo anterior.


Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión Financiera y Administrativa	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior: %	= 0.00	0.00

Con este indicador se pretende que las deudas por concepto de salarios de planta y contratación de servicios de recurso humano no sean superiores a 30 días, a fin de garantizar eficiencia en los pagos del personal responsable de la producción y prestación de servicios y mantener un clima organizacional adecuado.

Para la vigencia 2020, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2020	
Monto de la Deuda Superior a 30 por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Monto de la Deuda Superior a 30 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	0.00	0.00
	Monto de la Deuda Superior a 30 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 por concepto de salarios del personal de planta y por concepto	0.00	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	
--	--	--

LOGROS

Los salarios y prestaciones sociales se cancelaron oportunamente


Lo anterior demuestra que la gestión de pago de las deudas por este concepto fue favorable toda vez que se acercaron a cero deudas superiores a 30 días por este concepto.

ANEXO:

Certificación de la Contadora de la ESE HICY Dra. Nury O. Garcia Celis.

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
		Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia	1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva.
		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	
		Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Número de informes analíticos de RIPS durante la vigencia
		Estandar propuesto	
		Rango de variación	0, 1, 3, 5 números enteros
		Concepto	Definición
		Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la	Se refiere a la presentación de informes analíticos con base en los Registros Individuales de Prestación de Servicios

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	vigencia.	(RIPS) a pacientes de la ESE, durante la vigencia evaluada
--	-----------	--

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión Financiera y Administrativa	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS:	= 4.00	4.00


LOGROS

La E.S.E HICY viene presentó cuatro (04) informes de Análisis de RIPS a la Junta Directiva durante la vigencia del 2020, los cuales incluyen información completa de la prestación de servicios por cada proceso incluyendo la de los CAES de Aspasica y La Vega, de esta manera la Junta se mantiene informada y actualizada para la toma de decisiones misionales y de prestación de servicios.

Se concluye que se cumplió con el indicado de gestión No 8 generando los RIPS y haciendo de ellos una fuente de información para evaluar la prestación de servicios en la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de Análisis de RIPS radicados a los miembros de la Junta Directiva y las actas de junta donde se consigna la presentación y sustentación de cada informe por parte de la Gerente.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres

9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya
	b	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya
	a/b	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento		
		Unidad de medición	
Estandar propuesto		El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en el Decreto 2193 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y contar con la validación de la Dirección Municipal Departamental o Distrital de Salud	
Rango de variación		0 ó 5	
Concepto		Definición	
		Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	Corresponde al monto del recaudo efectivo (ejecución presupuestal de ingresos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Cobrar de vigencias anteriores
		Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Corresponde al monto de los compromisos (ejecución presupuestal de gastos) de la ESE a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, incluyendo las Cuentas por Pagar de vigencias anteriores

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Financiera y Administrativa	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo:5%	>= 1.00	0.97


Para la vigencia 2020, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2020
Resultado del Equilibrio presupuestal a partir del Recaudo	Valor ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor de C x C de vigencias anteriores)	1.807.813.547
	Valor ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor de comprometidos de C x P de vigencias anteriores)	1.819.643.437
		0.99

LOGROS

Con este resultado se muestra un adecuado comportamiento de los gastos frente al recaudo de la empresa dado que con los ingresos efectivamente recaudados se logró cubrir en un 99% los gastos comprometidos de la ESE durante la vigencia 2020.

Cabe resaltar que a pesar de la insistente labor en la recuperación de cartera mediante la circularización mensual de oficios, cobro directo a través de derechos de petición, incluso la intervención de entidades de control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General del Departamento las EPS del Régimen Subsidiado con presencia en el municipio adeudan a la ESE HICY un monto que supera los 426 millones de pesos, de los cuales 218 millones corresponden a cartera

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

clasificada con más de 360 días, situación que para una ESE con una estructura de ingresos tan pequeña, afecta considerablemente lograr punto de equilibrio a partir del recaudo.

Igualmente hay que resaltar que la ESE HICY realizó una gestión importante en cuanto al pago de Cuentas por pagar pasando de 128.758.906 millones constituidas en el 2019 a 63.162.827 millones constituidas durante la vigencia 2020.

Sin embargo el comportamiento de este indicador se considera satisfactorio.

DIFICULTADES

La crisis en el flujo de recursos del Sistema de Salud, es por todos conocidos, que las EPSS no pagan de manera oportuna lo relacionado a eventos y liquidación de contratos por prestación de servicios de salud de otras vigencias, afectando considerablemente el recaudo.


EVIDENCIAS Y SOPORTES

Ejecución presupuestal de ingresos y gastos vigencia 2020.

Informe de ejecución presupuestal Pagina Web SIHO del Ministerio de la Protección Social

ANEXO:

Certificación del Profesional Especializado de la ESE HICY Sr. José M. Morales Torres

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Superintendencia Nacional de Salud
	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
	Estandar propuesto	El informe debe haber sido recibido dentro de los términos establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, por parte de esta misma entidad.
	Rango de variación	0, ó, 5
	Concepto	Definición
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Se refiere a la presentación de informes establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega de la información sobre el cumplimiento de la circular única que se tiene que presentar a la Súper Intendencia de Salud.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Administrativa y Financiera	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya: 5%	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

LOGROS

La Circular Única debe reportarse en dos oportunidades en el año con una periodicidad semestral, para el primer semestre se cumplió con el reporte oportuno de la información, tal como se venía haciendo en los semestres anteriores.

DIFICULTADES

Las comunes son las relacionadas con el acceso a la plataforma donde se hace el cargue de la información con destino a la Superintendencia Nacional de Salud .

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Pantallazo del cargue de la Circular Única primer y segundo semestre 2020 en el aplicativo de la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

ANEXO:

Certificación del Profesional Contadora de la ESE HICY Sr. Nury O. Garcia Celis

11.Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004,ó la norma que la sustituya:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Ministerio de Salud y Protección Social.
	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Informe de la vigencia que cumple con los requisitos normativos en términos y contenidos
	Estandar propuesto	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	Rango de variación	0, ó, 5
	Concepto	Definición
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la	Se refiere a la presentación de informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004, al

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

	normatividad vigente	Ministerio de Salud y Seguridad Social, para las Empresas Sociales del Estado, con los cortes y fechas de presentación estipulados en la norma
--	----------------------	--

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestrales y un consolidado anual, donde se reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestion Administrativa y Financiera	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, ó la norma que la sustituya:	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

LOGROS


El reporte de la información contenida en el decreto 2193 de 2004 se ha venido haciendo oportunamente por parte de la ESE HICY, así mismo durante esta vigencia 2020, con lo que se cumple el indicador No 11 del plan de gestión gerencial.

DIFICULTADES

Incumplimiento y disponibilidad del personal asesor del Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander, al momento de recibir, revisar y validar la información del Decreto 2193 de 2004.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Pantallazo del cargue de la información al aplicativo del Decreto 2193, informes trimestrales, semestrales y anual 2020 en el aplicativo de la página de la Superintendencia Nacional de Salud.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Informes trimestrales 2020

Buscar
 Nuevo
 Ayuda

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

Excel
 Word
 Texto

- ☒ Formularios No Entregados
☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2020-03	2020-06	2020-09	2020-12
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	2020/06/05 (12:28:25)	2020/08/31 (03:57:27)	2020/11/25 (24:43:23)	2021/03/01 (19:29:45)

Informes Anual 2020

Buscar
 Nuevo
 Ayuda

PERIODOS PRESENTADOS

REPORTE DE ENTREGA ANUAL AL MINISTERIO

Excel
 Word
 Texto

- ☒ Formularios No Entregados
☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2020
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	2021/03/26 (11:27:23)

Informes Mensuales 2020

Buscar
 Nuevo
 Ayuda

PERIODOS PRESENTADOS


REPORTE DE ENTREGA MENSUAL AL MINISTERIO

Excel
 Word
 Texto

- ☒ Formularios No Entregados
☐ Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2020 MAY	2020 JUN	2020 JUL	2020 AGO	2020 SEP	2020 OCT	2020 NOV	2020 DIC
Norte de Santander	LA PLAYA	5439801444	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2021/02/16 (14:37:32)

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


	inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación	menos una valoración por parte de un médico de la entidad antes de la duodécima (12ª) semana de gestación y se inscribieron formalmente en el Programa institucional de Control Prenatal.
	Total de mujeres gestantes identificadas	Corresponde a la cantidad de mujeres gestantes atendidas en la ESE durante la vigencia evaluada.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el Municipio y en el Departamento al igual que en el país y para tal fin el Ministerio de Salud, desarrolló una Guía mediante la expedición de la Resolución 412 de 2000, que consiste en un conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo.

Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas. Estas recomendaciones son acciones tendientes a controlar la mortalidad materna. Se sugiere revisar esta guía periódicamente como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia de tres a cinco años.

Para la vigencia 2020, el resultado de este indicador fue:

INDICADOR		Resultados 2020
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 en el programa de control prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia	100
	Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	0,96 104

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Area de gestión clínica o asistencial	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>= 0.85	0.96

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ durante el año 2020 se diseñó una estrategia de captación temprana a todos los programas de promoción y prevención, como una medida para cumplir con este indicador que hace parte del plan de gestión gerencial; pero también a fin de incrementar la demanda inducida a los programas y disminuir en número y valor d las glosas de las EPS a la ESE.

Esta medida permitió que el porcentaje de captación de mujeres embarazadas al control prenatal antes de las doce semanas de embarazo se elevara al 86% durante la vigencia 2020, garantizando ingreso oportuno al programa, intervención temprana de los riesgos, disminución de la morbilidad durante el control, disminución de la mortalidad materna y asegurando una adecuada preparación para la atención adecuada de un parto y del recién nacido. De esta manera se cumplió con el indicador No 12 del plan de Gestión Gerencial. *

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

ANEXO:

Certificación del Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortiz


22. Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado
	Razón de cumplimiento	
	Razón de Cumplimiento	
	Unidad de medición	Numero de casos
	Estandar propuesto	Cero (0)
	Rango de variación	0, 0, 5
	Concepto	Definición
	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Se refiere a la cantidad de Recién Nacidos en la ESE, durante la vigencia evaluada, que registraron Diagnóstico de Sífilis Congénita. Corresponde al recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado o sin tratamiento. Un tratamiento inadecuado consiste en: cualquier terapia materna con antibiótico diferente a la penicilina, terapia administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación

La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre de gestación.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:


INDICADOR		Resultados 2020	
Insidencia de Sífilis congénitas en partos atendidos en la ESE	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0	0.00
	Total de partos atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	19	

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Area de gestión clínica o asistencial	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación	0.00	0.00

LOGROS

Dentro de las acciones de fortalecimiento y reorganización de los servicios de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se adelantó la implementación 100% de las guías de atención del embarazo, con lo cual se busca el mejoramiento de los indicadores del programa, entre ellos el de evitar que se presenten casos de sífilis congénita por falta de tratamiento o mal manejo de la sífilis gestacional.

Durante la vigencia 2020 no se reportaron casos de sífilis congénita en el total de mujeres atendidas en el programa de control prenatal o sala de partos de la ESE. De esta manera se cumplió con el Indicador No 22 del plan de gestión gerencial

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE		Informe comité de Historias Clínicas
b	Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		Informe comité de Historias Clínicas
	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento	
	Estandar propuesto	≥0,90	
	Rango de variación	0.0 - ≥0.90	
	Concepto	Definición	
	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE	Se refiere al total de historias clínicas de pacientes atendidos durante la vigencia evaluada en la ESE, con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía específica de manejo adoptada por la ESE	
	Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	Corresponde al total de historias clínicas de pacientes atendidas en la ESE con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva/Hipertensión Arterial, durante la vigencia evaluada.	

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


La hipertensión arterial es un problema de salud de particular importancia dadas su relevancia e impacto en la población general. Continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardio-vascular ya que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad.

Es de vital importancia, que se dé le especial y prioritaria vigilancia a la adecuada aplicación de la Guía de atención de esta enfermedad, a fin de poder realizar adecuado diagnóstico y pertinente plan de tratamiento a estos pacientes, manejándolos bajo un enfoque integral que involucre trabajo interdisciplinario, como lo son la alimentación balanceada, estilos de vida saludables, apoyo especializado según cada caso particular y controles de apoyo diagnóstico periódicos, entre otros aspectos.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2020	
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 la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	163	1.00
	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	163	

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar
Gestión Clínica o Asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	>= 0.90	1.00	0.10

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se lleva el programa de Riesgo cardiovascular en el cual se hace el manejo de los pacientes con enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus y dislipidemicos. Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2020 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para estas enfermedades.

La adherencia a las guías está definido como la estrategia para lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía. Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2020 la evaluación de la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva la cual arrojo que el 100% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.


Actas Comité Historias clínicas

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
Operación	Concepto	Fuente Primaria
a	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Informe comité de Historias Clínicas
b	Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Informe comité de Historias Clínicas
	Razón de cumplimiento	


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Razón de Cumplimiento	
Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
Estandar propuesto	$\geq 0,80$
Rango de variación	0.0 - ≥ 0.80
Concepto	Definición
Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	Se refiere al total de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años atendidos en Consulta de Crecimiento y Desarrollo de la ESE durante la vigencia evaluada en las cuales se verificó, por parte del Comité de Historias Clínicas de la entidad, la estricta aplicación de la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo adoptada por la entidad.
Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Corresponde a la cantidad de niños (as) menores de 10 años que asistieron a la consulta de Crecimiento y desarrollo, durante la vigencia evaluada.

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

Ahora bien, por otra parte es imprescindible que se realice un proceso de auditoría interna de la mano con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, que evalúe periódicamente la adherencia a la Guía de atención de Crecimiento y desarrollo, por parte del Recurso Humano profesional que ejecuta este programa.

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:


INDICADOR		Resultados 2020	
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 les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	899	0.91
	Número de Historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se les atendió en la consulta de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	986	

Área	Indicador	Linea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.80	0.91

LOGROS

En la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ se lleva el programa de Detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, en el cual se hace el manejo de los niños menores de 10 años en la búsqueda de detectar tempranamente alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo de los niños, para que puedan ser intervenidos a tiempo y evitar desviaciones en las curvas de crecimiento d ellos.

Este programa al igual que los demás durante la vigencia 2020 sufrió una reorganización de sus actividades en cumplimiento estricto de la Guía de atención para este programa. La adherencia a las guías está definido como la estrategia para

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

lograr los resultados que se esperan dentro el programa y por ello se realizó durante el año la adopción de la guía, la socialización de la misma al personal responsable de programa, la evaluación de la adherencia a la guía.

Para cumplir con el indicador del plan de gestión se realizó en el año 2020 la evaluación de la aplicación de la guía de detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 10 años, la cual arrojó que el 96% de las historias clínicas de la muestra representativa auditada cumplieron con la aplicación de la guía.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.
Actas Comité Historias clínicas

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortíz

25. Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación		Concepto	Fuente Primaria
	a	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	Comité de calidad o quien haga sus veces
	b	Total de consultas del servicio de urgencias durante el período	Comité de calidad o quien haga sus veces
	a/b	Razón de cumplimiento	
		Razón de Cumplimiento	
		Unidad de medición	Razón geométrica de cumplimiento
		Estandar propuesto	≤0.03
		Rango de variación	0.0 - ≥0.10
		Concepto	Definición
		Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el	Se refiere a la cantidad de consultas de pacientes atendidos en el servicio de

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


	mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	urgencias de la ESE, por la misma causa en el mismo paciente durante la vigencia evaluada dentro del periodo comprendido entre las veinticuatro (24) horas y las setenta y dos (72) horas después de la hora registrada de atención de primera vez
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.	Se refiere a la cantidad con corte a 31 de diciembre, de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE durante la vigencia evaluada.

Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso o salida. Este indicador nos dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutive de la institución en la educación al paciente.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2020	
Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación	18	0.01
	Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación	1.628	

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	<= 0.03	0.01

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

LOGROS

Durante la vigencia 2020 se definió dentro de los indicadores de gestión del servicio de urgencias el de Reingresos por el Servicio de Urgencias, la recolección de la información se inició de manera manual, pero en el segundo semestre se obtuvo la información mediante el software con el cual cuenta la empresa.

Se incluyeron dentro del indicador los casos de reingresos después de las 24 horas de la atención inicial de urgencias y antes de las 72 horas de la atención inicial de urgencias. Durante los primeros seis meses el resultado del indicador estaba por encima del estándar propuesto, por lo que se priorizaron algunas acciones de mejora en aras de cumplir con este y con los demás indicadores del área, fue así como se reorganizó la ruta de atención en el servicio de urgencias, se actualizaron las guías de manejo de las principales causas de consulta, se socializaron entre el personal asignada al área y posterior a ello se inició a evaluación de aplicación de las guías actualizados.

Con lo anterior se observa que en segundo semestre del año el indicador llega a su meta propuesta y en los meses finales del año presenta una tendencia muy favorable.

Cumpliendo así con el indicador No 25 del plan de gestión gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES


Historia clínica institucional ESE HICY, archivo.

Actas Comité Historias clínicas

Libro de atención de urgencias

ANEXO:

Certificación del COVE institucional y de la Enfermera Jefe de la ESE HICY Dra. Gleidy Páez Ortiz


	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
Operación	Concepto		Fuente Primaria
a	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.		Reporte de la resolución 1446 de 2006 , ó la norma que la sustituya
b	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.		Reporte de la resolución 1446 de 2006 , ó la norma que la sustituya.
a/b	Razón de cumplimiento		
	Razón de Cumplimiento		
	Unidad de medición	Dias	
	Estandar propuesto	≥3	
	Rango de variación	0.0 hasta 6.0	
	Concepto	Definición	
	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	Corresponde al total de días contabilizados entre la fecha en la cual el paciente o su representante solicitaron la cita con Médico General y la fecha en la cual se asignó efectivamente la cita por parte de la ESE.	
	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	Corresponde a la cantidad de consultas programadas y realizadas por Médico General en la entidad durante la vigencia evaluada	

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1


mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.

La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan 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.

Para la vigencia 2020 el resultado de este indicador fue el siguiente:

INDICADOR		Resultados 2020	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Σ de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación	7.817	1.52
	Número Total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	5.137	

Área	Indicador	Línea Base		Resultado del periodo evaluado
Gestión clínica o asistencial	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<=	3.00	1.52

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

LOGROS

Este indicador que también hace parte de los indicadores de oportunidad de obligatorio reporte en la circular 030, circular única, decreto 2193; se ha venido midiendo, evaluando y controlando desde hace varias vigencias.

Es importante mencionar que en la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ desde el segundo semestre del año 2019 la asignación de citas para consulta externa se hace con agendas abiertas permanentemente, lo cual en contraste con el resultado obtenido en este indicador demuestra que se viene controlando de manera efectiva la oferta con la demanda de este servicio, garantizando oportunidad a todos los usuarios en la asignación de citas de este servicio.

Desde el 1ro de enero de 2020 se contrató un médico general medio tiempo con una asignación de consultas de 4 pacientes por hora para un total de 16 nuevos cupos en la vigencia lo que mejoró circunstancialmente la oportunidad en medicina general.

Se cumple así con el indicador No 26 del Plan de Gestión Gerencial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de la Oficina SIAU.
Encuestas de Satisfacción aplicadas

ANEXO:

Certificación del Coordinador SIAU institucional de la ESE HICY Srta. Daniela Carrascal Carrascal.

Atentamente,



ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA
GERENTE



PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ACUERDO No. 006
(29 de Abril de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, DE LA PLAYA N.S. HACE CONSTAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES PONDERADAS DEL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL AÑO 2020

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ DE LA PLAYA, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 72 dispuso que *"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..."*

Que el Ministerio de salud y Protección Social, mediante la expedición de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, definió las condiciones y metodología para la elaboración, y presentación de los planes de gestión de los señores Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, y su evaluación por parte de las correspondientes Juntas Directivas.

Que, el artículo 74 de la Ley 1438 dispone que para la evaluación de los planes de gestión, el Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, conforme a los contenidos y metodología definidos por el Ministerio de la Protección Social; así mismo 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.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Circular Externa N° 00003 del 28 de marzo de 2014, fijó instrucciones claras sobre la evaluación del plan de gestión de los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado obedeciendo a criterios de seguimiento y control de la gestión administrativa, así como de garantía de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Que la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa N.S., es una entidad pública prestadora de servicios de salud de baja complejidad, creada mediante acuerdo No. 012 del 13 de Septiembre de 2004, con categoría especial de Entidad Publica Descentralizada, con infraestructura propia, cuyo Gerente, el Dr. ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.573.622 expedida en Abrego, Norte de Santander, se encuentra nombrado a partir del primero (1ro) de abril de 2020 según consta en el Decreto No. 0023 de 1ro de abril de 2020 expedido por el señor Alcalde Municipal de La Playa, Norte de Santander, y posesionado mediante Acta de Posesión de fecha primero (1ro) de abril de 2020.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011, el señor Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, radicó ante los miembros de la Junta Directiva de ESE el día 27 de abril de 2021, un informe sobre el cumplimiento del Plan de gestión vigencia 2020, que contiene los logros de los indicadores de gestión, resultados y cumplimiento de la ESE conforme a lo aprobado por la Junta Directiva.

Que en reunión ordinaria los miembros de la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ de La Playa NS, tomando en consideración el informe de gestión presentado con corte a 31 de diciembre de 2020 y de acuerdo a lo establecido en la matriz de calificación del anexo técnico N° 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018, procedieron a calificar la gestión del señor Gerente en el periodo comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2020, mostrando los siguientes resultado ponderados:

Área	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Variación Observada en el Periodo a Evaluar	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	
Dirección y Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	>=	1.20	1.20	0.00	5	0.05	0.25
	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	>=	0.90	0.90	0.00	5	0.05	0.25
	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	>=	0.90	0.90	0.00	5	0.10	0.5

Financiera y Administrativa 40%	Riesgo fiscal y financiero: 5%	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	0.00	5	0.05	0.25	
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida: 5%	>	0.95	1.27	0.34	0	0.05	0
	Proporción de medicamentos y material médico -quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos: 5%	>=	0.20	0.00	-0.20	0	0.05	0
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior: 5%	=	0.00	0.00	0.00	5	0.05	0.25
	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS: 5%	=	4.00	4.00	0.00	5	0.05	0.25
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo:5%	>=	1.00	0.97	-0.03	3	0.05	0.15
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya: 5%		Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0.00	5	0.05	0.25

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, ó la norma que la sustituya: 5%	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0.00	5	0.05	0.25
--	---	---	------	---	------	------

Gestión Clínica o Asistencial	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>=	0.85	0.96	0.13	5	0.08	0.40
	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación		0.00	0.00	0.00	5	0.08	0.40
	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	>=	0.90	1.00	0.11	5	0.07	0.35
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo		0.80	0.91	0.14	5	0.06	0.30
	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias en menos de 72 horas	<=	0.03	0.01	-0.67	5	0.05	0.25
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<=	3.00	1.52	-0.49	5	0.06	0.30

TOTAL CALIFICACIÓN DEL PERIODO

4.40


Que conforme a la escala de resultados contenida en el anexo técnico N° 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de febrero de 2018, la sumatoria de las calificaciones ponderadas da como resultado un puntaje total de **CUATRO PUNTO CUARENTA (4.40)**, mostrando un cumplimiento en la ejecución del Plan de Gestión (**igual o superior al 70%**) que se traduce en una calificación (**SATISFACTORIA**).

Que en mérito de lo expuesto, la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS,

ACUERDA

ARTICULO PRIMERO: Hacer constar que luego de efectuada la calificación del Plan de Gestión del señor Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, para el periodo correspondiente al 1ro de enero al 31 de diciembre de 2020 mostró un puntaje total de **CUATRO PUNTO CUARENTA (4.40)**, evidenciando un cumplimiento en la ejecución del Plan de Gestión **igual o superior al 70%** lo que se traduce en una calificación **SATISFACTORIA**.

ARTICULO SEGUNDO: NOTIFICAR personalmente al Gerente de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa NS, el presente Acuerdo, haciéndoselo saber que contra el mismo procede el recurso de reposición, dentro de los cinco (5) hábiles siguientes a su notificación, ante la Junta Directiva y el de apelación en efecto suspensivo ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

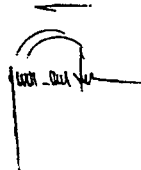
	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

ARTICULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y aprobación.

La Playa, Norte de Santander, 29 de abril de 2021.




IDER HUMBERTO ALVAREZ GARCIA
 Presidente
 Junta Directiva
 ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ



JOSÉ MARÍA MORALES TORRES
 Secretario Ad Hoc
 Junta Directiva
 ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ

Proyecta: jose m

	PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GDI-F-03
	COMUNICACIONES	VERSIÓN: 02
	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 1

NOTIFICACIÓN

En la fecha se notificó personalmente a el Doctor ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.094.573.622 expedida en Abrego, Norte de Santander, en calidad de Gerente de la ESE Hospital ISABEL CELIS YAÑEZ del municipio de La Playa N.S., el contenido del presente Acuerdo mediante el cual la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, hace constar el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas del Plan de Gestión del Gerente de la Empresa Social del Estado correspondiente a la Vigencia del año 2020.

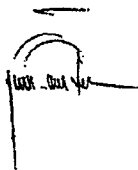
Se hace entrega de una copia del Acuerdo y se le hace saber que contra el mismo procede el recurso de reposición ante la presidencia de la Junta Directiva y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

El Notificado,

El Notificador,



ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA



JOSE MARÍA MORALES TORRES

ASUNTOS JURÍDICOS



PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA

CODIGO: GDI-F-11

COMUNICACIONES

VERSIÓN: 02

PROCESO CONTRACTUAL

Página 1 de 3

La Playa, 27 de Noviembre de 2023.

Doctor:

ALDEMAR ARTURO GAONA PEÑARANDA

Gerente

Hospital Isabel Celis Yañez.

Asunto: Notificación Procesos Judiciales informe a corte del mes de noviembre de 2023

Cordial Saludo,

Por medio de la presente el suscrito Asesor Jurídico de la Empresa Social del Estado de Primer Nivel de Atención Hospital Isabel Celis Yañez del municipio de La Playa N.S., **CERTIFICA:** Que la ESE HICY inició vida jurídica el día 16 de septiembre del año 2005.

Que mediante solicitud que realiza el Doctor Aldemar Arturo Gaona Peñaranda, para efectos de dar cumplimiento a la circular 049 de 2023 emitida por Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander en la cual se hará el empalme con la administración entrante se solicitó la siguiente información con relación al **COMPONENTE JURÍDICO:**

ESTADOS DE PROCESOS JUDICIALES EN LOS QUE ACTÚA COMO DEMANDANTE
ESTADOS DE PROCESOS JUDICIALES EN LOS QUE ACTÚA COMO DEMANDADO
ESTADOS DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS (DISCIPLINARIOS, FISCALES Y LOS QUE CORRESPONDA EN LOS QUE INTERVENGA LA ENTIDAD)
CONCILIACIONES PREJUDICIALES Y CONCILIACIONES JUDICIALES
SENTENCIAS EJECUTORIADAS
PROCESOS CONCILIADOS
ACCIÓN DE REPETICIÓN/LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
COMITÉ DE CONCILIACIÓN
VALOR ACUMULADO DE PRETENSIONES
MEDIDAS CAUTELARES

Para dar cumplimiento a lo solicitado el suscrito asesor jurídico de la E.S.E Isabel Celis Yañez emite respuesta a cada uno de los ITEMS de la siguiente manera:

ESTADOS DE PROCESOS JUDICIALES EN LOS QUE ACTÚA COMO DEMANDANTE:

Actualmente la E.S.E Isabel Celis Yañez **NO** tiene Procesos Activos en calidad de demandante.

ESTADOS DE PROCESOS JUDICIALES EN LOS QUE ACTÚA COMO DEMANDADO:

La E.S.E. Isabel Celis Yañez, cuenta con un total de 4 Procesos Judiciales en calidad de demandado y los cuales los relaciono a continuación:

NO.	RADICADO	TIPO DE PROCESO	DESPACHO	DEMANDANTE	PRETENSIONES	ESTADO ACTUAL DEL PROCESO
1	54-001-3331-005-2011-00192-01	ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE OCAÑA-N/S	ADINAE ARENAS ORTIZ	QUE SE DECLARE ADMINISTRATIVAMENTE RESPONSABLE A LA ESE HICY POR LA PRESUNTA FALLA MEDICA EN LA ATENCIÓN, EN EL PRESUNTO MAL DIAGNÓSTICO Y FALTA DE REMISIÓN AL PACIENTE A UN ESPECIALISTA, LO QUE SEGÚN LA DEMANDA LE GENERÓ UN RIESGO INJUSTIFICADO QUE LO PRIVÓ DE LA OPORTUNIDAD DE RECUPERARSE.	ACTIVO (A LA ESPERA DE FECHA PARA AUDIENCIA INICIAL)
2	54001-33-40-010-2016-00925-00	ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE OCAÑA-N/S	MARIA YOHANA GARCIA ASCANIO Y OTROS	DECLARAR ADMINISTRATIVA Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES A LAS ESES, HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, DE LOS PERJUICIOS MATERIALES, PERJUICIOS INMATERIALES Y POR PERJUICIO DE PLACER CAUSADOS A LOS DEMANDANTES CON MOTIVO DE LA PRESTACION IRREGULAR DE SERVICIOS MEDICOS A DE SALUD A LA MENOR ANGELA XIMENA ORTIZ GARCIA EL DIA 14 DE ABRIL DE 2014	ACTIVO (A LA ESPERA DE FECHA PARA AUDIENCIA INICIAL)
3	54-001-33-33-002-2017-00155-00	ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE OCAÑA-N/S	YURI ORTEGA ORTIZ	DECLARAR QUE ADMINISTRATIVA Y CONTRACTUALMENTE SON RESPONSABLES LAS ENTIDADES DEMANDADAS DE LOS PERJUICIOS MATERIALES IN MATERIALES Y POR DAÑO A LA SALUD CAUSADOS CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN IRREGULAR DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD	ACTIVO (A LA ESPERA DE FECHA PARA AUDIENCIA INICIAL)
4	54001-33-33-002-2018-00293-00	CONTROVERSIAS CONTRACTUALES	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE OCAÑA-N/S	SANDRA LUCIA RIVERA URBINA	DECLARAR QUE ADMINISTRATIVA Y CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE A LA ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ CON OCASIÓN AL INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL DERIVADO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO ENTRE LAS PARTES	ACTIVO (A LA ESPERA DE FECHA PARA AUDIENCIA INICIAL)

ESTADOS DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS (DISCIPLINARIOS, FISCALES Y LOS QUE CORRESPONDA EN LOS QUE INTERVENGA LA ENTIDAD)

La E.S.E Isabel Celis Yañez a la fecha **NO** cuenta con procesos Disciplinarios, ni Fiscales, ni de ninguna otra naturaleza en los que intervenga como accionante o accionada.

CONCILIACIONES PREJUDICIALES Y CONCILIACIONES JUDICIALES

La E.S.E Isabel Celis Yañez a la fecha **NO** cuenta con CONCILIACIONES PREJUDICIALES NI JUDICIALES, cabe aclarar que COMPARTA EPS-S EN LIQUIDACION intento realizar conciliación prejudicial ante la Procuraduría 24 Judicial II para asuntos Administrativos, pero la misma se declaro sin competencia para conocer dichas acciones, por lo que se radico ante Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Cúcuta para que se designe Arbitro.

SENTENCIAS EJECUTORIADAS

A la fecha la E.S.E Isabel Celis Yañez cuenta con **1(UNA) SENTENCIA EJECUTORIADA**, la cual fue fallada en contra de la E.S.E tanto en primera, como en segunda instancia, la cual fue pagada por valor de **CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS (\$55,419,379.00)**, proceso que se encuentra reseñado bajo las siguientes descripciones:



PLANEACION Y GESTION ESTRATEGICA

CODIGO: GDI-F-11

COMUNICACIONES

VERSIÓN: 02

PROCESO CONTRACTUAL

Página 3 de 3

Radicado	Tipo de Proceso	Demandante	Demandando	Juzgado
54-498-3105-001- 2016-0017100	Ejecutivo Laboral	José Dalí Velázquez Bayona	E.S.E.Hospital Isabel Celis Yañez	Juzgado Único Laboral de Ocaña-Norte de Santander

PROCESOS CONCILIADOS

La E.S.E Isabel Celis Yañez a la fecha **NO** cuenta con PROCESOS CONCILIADOS.

ACCIÓN DE REPETICIÓN/LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

La E.S.E Isabel Celis Yañez a la fecha **NO** cuenta con **ACCIONES DE REPETICIÓN Y/O LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA.**

COMITÉ DE CONCILIACIÓN

La E.S.E Isabel Celis Yañez mediante **RESOLUCIÓN 728 DE 2020** crea el comité de conciliación de la ESE y en él se establecen la normatividad vigente en materia de prevención del daño antijudicial, y la defensa judicial de la institución.

Desde su creación se ha llevado a cabo **1 (una)** conciliación en una SESIÓN ORDINARIA mediante el ACTA No. 2 /2023 donde se le dio la facultad al representante legal de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ acceder a la Función de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud con todas las entidades responsables de pago, en la sumas totales de cartera o las que en el momento sean acordadas entre la ESE y los deudores.

VALOR ACUMULADO DE PRETENSIONES

El valor acumulado por las pretensiones en procesos judiciales en contra de la E.S.E Hospital Isabel Celis Yañez. Ascenden a la suma de **\$2.615.600.000** suma que se saca con la actualización del SMMLV

MEDIDAS CAUTELARES

La E.S.E Isabel Celis Yañez a la fecha **NO** cuenta con MEDIDAS CAUTELARES VIGENTES.

Atentamente;

FIRMA ORIGINAL

CARLOS FABIAN GIL GASCA

Asesor Jurídico E.S.E HICY

CC: 1.065.812.098 Valledupar

T.P: 350572 Honorable Concejo Superior

CERTIFICACIÓN PROCESO JUDICIALES DECRETO 2193 DE 2004

Los suscritos, Gerente y Asesor Jurídico de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, del municipio de La Playa N.S., CERTIFICAN que la siguiente relación corresponde a los procesos judiciales que se tramitan en contra de la ESE HICY en la Jurisdicción contenciosa administrativa del distrito judicial de cucuta N.S. y Jurisdicción laboral de ocaña N.S:

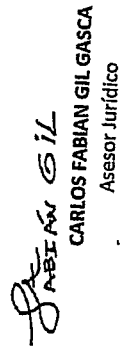
N	No.	TIPO DE	DESPACHO	DEMANDANTE	PRETENCIONES	ESTADO ACTUAL	ULTIMA ACTUALIZACI ÓN	FECHA NOTIFICACIÓ N DE LA DEMANDA	FECHA VENCIMIENT O CONTESTACI ÓN	ESTIMACIÓN RAZONADA CUANTIA	PROBABILIDAD DE ÉXITO (BAJA, MEDIANA, ALTA)
1	54-001-3331-005-2011-00192-01	PROCESO Acción de Reparación Directa	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIV O DE OCAÑA- N/S	ADINAEAL ARENAS ORTIZ	Que se declare administrativamente responsable a la ESE HICY por la presunta falla medica en la atención, en el presunto mal diagnóstico y falta de remisión al paciente a un especialista, lo que según la demanda le generó un riesgo injustificado que lo privó de la oportunidad de recuperarse	APODERADO DEMANDANTES ALLEGA COPIA HISTORIA CLINICA, PARA QUE SE TENGA COMO PRUEBA	18/02/2020	12/03/2012	24/05/2012	500 SMLMV	BAJA
2	54-498-3105-001-2016-0017100	Proceso Ordinario Laboral	Juzgado Unico Laboral del Circuito de Ocaña N.S.	JOSE DALI VELASQUEZ BAYONA	Que se declare relación laboral entre el demandante y la ESE HICY y se condene al pago de las prestaciones sociales	18/07/2018 El Tribunal Superior Sala Laboral de Cúcuta emite sentencia de segunda instancia condenatoria. EL PROCESO CULMINÓ POR PAGO DE LA OBLIGACIÓN. No se ha archivado	28/11/2018	8/08/2016	8/08/2016	37 SMLMV	NA

Los suscritos, Gerente y Asesor Jurídico de la ESE HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, del municipio de La Playa N.S., CERTIFICAN que la siguiente relación corresponde a los procesos judiciales que se tramitan en contra de la ESE HICY en la Jurisdicción contenciosa administrativa del distrito Judicial de curata N.S. y jurisdicción laboral de ocaña N.S:

N	No.	TIPO DE PROCESO	DESPACHO	DEMANDANTE	PRETENCIONES	ESTADO ACTUAL	ULTIMA ACTUALIZACIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN DE LA DEMANDA	FECHA VENCIMIENTO O CONTESTACIÓN	ESTIMACIÓN RAZONADA CUANTÍA	PROBABILIDAD DE ÉXITO (BAJA, MEDIANA, ALTA)
3	54001-33-40-010-2016-00925-00	Acción de Reparación Directa	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO O DE OCAÑA- N/S	MARIA YOHANA GARCIA ASCANIO Y OTROS	DECLARAR ADMINISTRATIVA Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES A LAS ESES, HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ, DE LOS PERJUICIOS MATERIALES, PERJUICIOS INMATERIALES Y POR PERJUICIO DE PLACER CAUSADOS A LOS DEMANDANTES CON MOTIVO DE LA PRESTACION IRREGULAR DE SERVICIOS MEDICOS A DE SALUD A LA MENOR ANGELA XIMENA ORTIZ GARCIA EL DIA 14 DE ABRIL DE 2014	Se llamo en garantía por parte de la ESE EMIRO QUIENTERO CAÑIZARES a la previsorora compañía de seguros.	15/09/2022	22/04/2017	22/09/2022	540 SMLMV	MEDIANA
4	54-001-33-33-002-2017-00155-00	Acción de Reparación Directa	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO O DE OCAÑA- N/S	YURI ORTEGA ORTIZ	Declarar que administrativa y contractualmente son responsables las entidades demandadas de los perjuicios materiales in materiales y por daño a la salud causados con motivo de la prestación irregular del servicio público de salud	Pendiente continuación de audiencia de pruebas para el día miércoles diecinueve (19) de abril de dos mil veintitrés (2023), a partir de las 09:00 A.M.	29/11/2022	6/02/2018	22/03/2018	940 SMLMV	ALTA
5	54001-33-33-002-2018-00293-00	Controversias contractuales	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO O DE OCAÑA- N/S	Sandra Lucia Rivera Urbina	Declarar que administrativa y contractualmente responsable a la ese hospital Isabel celis yañez con ocasión al incumplimiento contractual derivado del contrato de prestación de servicios suscrito entre las partes	El día 25/08/2021 se radica contestación de la demanda dentro del término legal	25/08/2021	25/08/2021	25/08/2021	32.1 SMLMV	BAJA

Se expide en el municipio de La Playa, Norte de Santander, a los veintiocho(28) días del mes de julio de 2023 con destino a la información del Decreto 2193 de 2004 presentada por la ESE HICY para el informe del segundo Trimestre de la vigencia 2023.


ALDEMAR A. GACINA PENARANDA
Gerente (E)


CARLOS FABIAN GIL GASCA
Asesor Jurídico

