



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA



**PLAN DE
GESTION
GERENCIAL**

2024-2028

Luchamos Juntos, por la Salud de Todos

*San José
del Fragua*



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA



MARLIO ANDRES POSADA MUÑOZ
GERENTE

JUNTA DIRECTIVA

LUIS FRANCISCO RUIZ AGUILAR

Presidente de la Junta Directiva RTP

MALLERLY GONZALEZ ARIAS

Secretaria de Salud Departamental

ERIKA PAOLA GARCIA CASTRO

Representante del Área Administrativa

URIEL RIVERA OME

Representante de los Usuarios



CONTENIDO

1.	PRESENTACION	5
2.	OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION	
2,1	Objetivo General	6
2,2	Objetivos Específicos	6
3.	MARCO LEGAL	7
4.	PLATAFORMA ESTRATEGICA	
4.1	Misión	9
4.2	Visión	9
4.3	Valores Institucionales	9
4.4	Principios Institucionales	10
4.5	Objetivos Institucionales	11
4.6	Políticas Institucionales	12
5.	SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE	14
6.	CAPACIDAD INSTALADA	16
7.	FORMULACION DEL PLAN DE GESTION	
7.1	Fase de Preparación	18
7.2	Fase de Formulación	18
7.2.1	Área de Gestión Dirección y Gerencia	
7.2.1.1	Indicador No. 1	19
7,2,1,2	Indicador No. 2	19
7.2.1.3	Indicador No. 3	20
7,2,2	Área de Gestión Administrativa y Financiera	
7.2.2.1	Indicador No. 4	26
7.2.2.2	Indicador No. 5	27
7.2.2.3	Indicador No. 6	30
7.2.2.4	Indicador No. 7	31
7.2.2.5	Indicador No. 8	33
7.2.2.6	Indicador No. 9	35
7.2.2.7	Indicador No. 10	36
7.2.2.8	Indicador No. 11	38



7.2.3	Área de Gestión Clínica y Asistencial	
7.2.3.1	Indicador No. 21	40
7.2.3.2	Indicador No. 22	42
7.2.3.3	Indicador No. 23	43
7.2.3.4	Indicador No. 24	45
7.2.3.5	Indicador No. 25	46
7.2.3.6	Indicador No. 26	49
7.3	Fase de Aprobación	51
7.4	Fase de Ejecución.	52
7.5	Fase de Evaluación.	53
	ANEXOS	
	Instructivo Calificación (anexo 3)	54
	Matriz de Calificación (anexo 4)	56
	Instructivo diligenciamiento matriz Calificación (anexo 5)	58
	BIBLIOGRAFIA	59



1. PRESENTACION

El Plan de Gestión Gerencial, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la Empresa Social del Estado **Rafael Tovar Poveda**, para el periodo 2024-2028. En él se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. El presente documento pretende apoyar la definición, articulación y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño Gerencial de conformidad con la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y Resolución 408 del 15 de febrero 2018. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica y Asistencial.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas con la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos y las políticas institucionales; procurando siempre que los proyectos en curso se consoliden y se viabilicen nuevos propósitos que permitan proyectar la institución como una empresa sólida, autosuficiente y de gran aporte al desarrollo de los municipios de incidencia de la ESE.

El Plan de Gestión **2024-2028**, para la E.S.E **Rafael Tovar Poveda**, es una herramienta de apoyo a la gestión administrativa del Gerente y se constituye en la carta de navegación permanente que le permita establecer el cumplimiento de la misión Institucional a través de la medición de unos indicadores establecidos en la normatividad vigente, que buscan evaluar la gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, como requisito para continuar en la Administración Pública.

MARLIO ANDRES POSADA MUÑOZ
Gerente E.S.E. Rafael Tovar Poveda



2. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION

2.1 General:

Establecer metas de gestión y de resultados en la ESE **Rafael Tovar Poveda**, en el que se identifiquen los compromisos de la Gerencia, con respecto a la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud durante el periodo comprendido entre **01 de abril de 2024 hasta el 31 de marzo de 2028**, alineándolo con el Plan de Desarrollo Institucional y departamental, para lograr el mejoramiento continuo y alcanzar altos niveles en los procesos de gestión y desarrollo institucional en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Hospitalaria.

2.2 Específicos:

- Documentar el Plan de Gestión Gerencial de la ESE, para el periodo 2024 – 2028
- Integrar el Plan de Gestión, con plataforma estratégica, plan de desarrollo y planes operativos anuales.
- Lograr la cultura de la mejora continua en todos los procesos, evidenciando la calidad en la satisfacción del usuario.
- Buscar una rentabilidad social, con sostenibilidad económica de la institución.
- Prestar los servicios de Salud, con una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad.
- Garantizar la participación comunitaria como eje fundamental que permita el cumplimiento de los propósitos Institucionales.



3. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículo 49. (Acto legislativo 02 del 21 de diciembre de 2009. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Artículo 49 de la Constitución Política quedará así: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

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

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

Ley 1122 del 9 de enero 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

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

El Artículo 73, de la mencionada Ley: Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Y el Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Decreto 111 de 1996. Este Decreto compila las normas de las Leyes 38 de 1989, 179 de 1994 y 225 de 1995 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto.

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



Decreto 780 de 2016. Este decreto compila las normas únicas reglamentarias del Sector Salud.

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

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

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



4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

4.1 Misión

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, que contribuye al bienestar de los habitantes del sur del departamento de Caquetá, mediante la ejecución de actividades individuales y colectivas de forma segura y oportuna, con talento humano competente y tecnología adecuada, brindando una atención en el servicio de salud de alta calidad, con énfasis en la implementación de rutas integrales; garantizando procesos de promoción y prevención, el reconocimiento de nuestra diversidad rural y étnica, compromiso con la protección al medio ambiente, responsabilidad social, servicio diferenciado y permanencia en el tiempo.

4.2 Visión

Para el año 2024 la ESE Rafael Tovar Poveda será una institución reconocida en el sector de la salud y en la zona sur del departamento de Caquetá como la mejor empresa prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad, con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud, liderando la transformación del sistema de salud actual para asegurar su sostenibilidad financiera, promoviendo la innovación e incorporando nuevas tecnologías disponibles, con el desarrollo de estrategias que le permitan la mejora continua y la humanización en la prestación del servicio.

4.3 Valores Institucionales

AMOR: El amor al prójimo se demuestra en nuestro amor a Dios, él nos inspira y nos motiva para querernos a nosotros mismos y ofrecerles este mismo sentimiento a nuestros pacientes.

RESPETO: Es fundamental para lograr una armoniosa interacción social, una de las premisas más importantes del respeto es que *“para ser respetado es necesario saber o aprender a respetar, a comprometer al otro, a valorar sus intereses y necesidades”*. En este sentido, el respeto debe ser mutuo y nacer de un sentimiento de reciprocidad.



RESPONSABILIDAD: Ser capaces de responder por las consecuencias de las palabras, las decisiones y los compromisos; en general, de los actos libres y voluntarios realizados, es la forma en que hacemos realidad nuestros objetivos cuando sabemos priorizarlos y le ponemos conciencia, entusiasmo, autodisciplina y diligencia a lo que hacemos sin necesidad de ser supervisados.

COMPROMISO: Un funcionario comprometido con la institución cumple con sus obligaciones, con aquello que se ha propuesto y que le ha sido encomendado, es decir que vive, planifica y reacciona de forma acertada para sacar adelante la empresa.

HONESTIDAD: Es un valor moral fundamental para entablar relaciones interpersonales basadas en la confianza, la sinceridad y el respeto mutuo, quien actúa con honestidad lo hace siempre apoyado en valores como la verdad y la justicia y no antepone a estos sus propias necesidades o intereses.

INCLUSIÓN: Enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales; es la actitud, tendencia o política de integrar a todos los individuos en la sociedad con el fin de lograr un mundo más equitativo y más respetuoso frente a las diferencias.

4.4 Principios Institucionales

TRABAJO EN EQUIPO: Impulsa las acciones y el pensamiento de los colaboradores de la Institución, lo que hace competente la empresa y a los que la conforman, cada quien asume una parte y todos tienen el mismo objetivo en común, mediante el acuerdo de voluntades y el esfuerzo colectivo basado en el compañerismo.

MEJORAMIENTO CONTINUO: La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Este proceso debe ser progresivo y continuo, debe incorporar todas las actividades que se realicen en la institución y trabajar constantemente en el afianzamiento y mejora de las acciones para lograr ser competitivos y productivos.

VOCACIÓN DE SERVICIO: Actuar con disposición permanente, actitud de ayuda, entrega, calidez, prontitud para identificar y dar respuesta a las necesidades de



los usuarios en el contexto físico, moral, social y con gran espíritu de amabilidad, oportunidad y eficacia.

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN: Prevenir y/o minimizar el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos asistenciales, accidentes laborales, emergencias internas y otros eventos que afecten las personas, los procesos, la imagen, la infraestructura, la tecnología, la dotación y el ambiente de trabajo en la institución.

PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE: Adoptar un enfoque verde como la mejor forma de ayudar al medio ambiente a partir de pequeños hábitos o prácticas institucionales en defensa de la vida y de la existencia del planeta.

4.5 Objetivos Institucionales

- Brindar servicios de salud individuales y colectivos de baja y mediana complejidad con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud, garantizando el acceso y la atención con calidad y calidez, minimizando los riesgos durante la atención.
- Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud a través de la información, orientación y acompañamiento oportuno, en favor del ejercicio de sus derechos mediante procesos de gobernanza y diferenciación para la satisfacción de sus necesidades.
- Establecer la participación comunitaria como elemento garante del cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios, en pro de la oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer el talento humano mediante la implementación de estrategias formativas, competencias laborales y calidez humana para desarrollar procesos eficientes, optimizando los recursos disponibles mediante la incorporación de desarrollos tecnológicos e innovación.
- Lograr el equilibrio presupuestal y financiero de la Institución de manera progresiva para alcanzar la eficiencia en el gasto, mediante la optimización de los recursos financieros disponibles.



- Fortalecer el sistema de protección del medio ambiente respondiendo a las necesidades en la generación de residuos dentro de la institución.

4.6 Políticas Institucionales

Política de Calidad

Satisfacer las necesidades de nuestros usuarios ofreciendo servicios de salud de baja complejidad con calidad, oportunidad y calidez humana. Cumplir con los requisitos definidos en el Sistema de Gestión de Calidad, mejorando continuamente el desempeño de nuestros procesos y fortaleciendo el compromiso del talento humano hacia el crecimiento y desarrollo institucional con responsabilidad social, generando beneficios para la entidad, los usuarios y su grupo familiar.

Política de Seguridad del Paciente.

La ESE Rafael Tovar Poveda define la seguridad del paciente como característica esencial y transversal en su plataforma estratégica, promoviendo el mejoramiento en las prácticas asistenciales, como el apoyo y consolidación de la cultura por la seguridad del paciente, su familia y cuidadores; caracterizada por ser formativa, participativa y justa; no punitiva y humanizada; que anticipa e identifica los riesgos para reducir su ocurrencia y así minimizar su impacto. La Política de Seguridad del paciente integra el sistema de información, la tecnología, el talento humano y la gestión ambiental garantizando un entorno seguro.

Política del Sistema Integrado de Gestión.

La ESE Rafael Tovar Poveda asume implementar y mejorar continuamente El Sistema Integrado de Gestión (SIG), articulando los de forma armónica los componentes de la gestión de calidad, control interno y desarrollo administrativo para garantizar la efectividad en el logro de los objetivos institucionales y asegurar la satisfacción de clientes internos y externos.



Política de comunicación e información.

La ESE Rafael Tovar Poveda apropia la información y la comunicación como bienes públicos y se compromete a mejorar los procesos y actividades que involucren garantizar la veracidad de la información y su presentación. Así mismo, se compromete a dar respuesta dentro de los tiempos establecidos a las comunicaciones internas y externas, peticiones y declaraciones planteadas al representante legal. La comunicación al interior de la entidad está orientada a la construcción del sentido de pertenencia y al establecimiento de las buenas relaciones basadas en el respeto y el diálogo de los funcionarios de la entidad.

Política para la Gestión Ambiental.

La ESE Rafael Tovar Poveda se compromete a realizar un manejo adecuado de la gestión ambiental interna. Así mismo, mejorar continuamente el desempeño en la generación de residuos hospitalarios y biodegradables al interior de las IPS, cumpliendo con las directrices impartidas por la normatividad nacional, autoridades ambientales y sanitarias para cumplir satisfactoriamente con la evaluación ambiental y sanitaria que realiza el departamento.

Política de Gestión del Talento Humano.

La ESE Rafael Tovar Poveda es una entidad comprometida con la protección y el mejoramiento de la calidad de vida laboral de todos sus funcionarios. La gestión humana se ocupará de consolidar un equipo de trabajo interdisciplinario competente para cubrir y responder a las exigencias que hoy en día demanda el mundo laboral. En este sentido, la administración del talento humano contempla la planeación, organización, desarrollo y coordinación y control de técnicas capaces de promover el desempeño eficiente del personal, a la vez que la institución representa el medio que permite a las personas que colaboran en ella alcanzar los objetivos individuales relacionados directa o indirectamente con el trabajo.

Política de Cero Papel

En cumplimiento de los lineamientos del Gobierno Nacional, se procurará sustituir los flujos documentales en papel, por soportes y medio electrónicos sustentados en la utilización de las TICs. El elemento más importante para disminuir la



utilización del soporte de papel es el empleo de documentos electrónicamente, bien sea que estos hayan sido escaneados desde un original en físico o que hayan sido creados mediante aplicaciones informáticas.

Política de Confidencialidad.

En relación con lo dispuesto en la política de transparencia, están sometidos a requisitos de confidencialidad los siguientes tipos de documentos:

- Historia Clínica
- Evaluaciones médicas ocupacionales e Historia Clínica Ocupacional
- Evaluaciones de desempeño laboral
- Historias laborales
- Actuaciones disciplinarias

5. SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE

El objeto de la ESE **Rafael Tovar Poveda**, es la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad servicio que será ofrecido en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios que se encuentran habilitados en la ESE a través de sus sedes de atención (Belén de los Andaquíes, San José, Albania y Curillo), son los que se relacionan a continuación:

Consulta Externa:

- ✓ Medicina general
- ✓ Odontología general
- ✓ Psicología

Consulta Externa Especializada:

- ✓ Medicina interna
- ✓ Ginecobstetricia
- ✓ Pediatría

Promoción y Mantenimiento de la Salud:

- ✓ Atención del parto



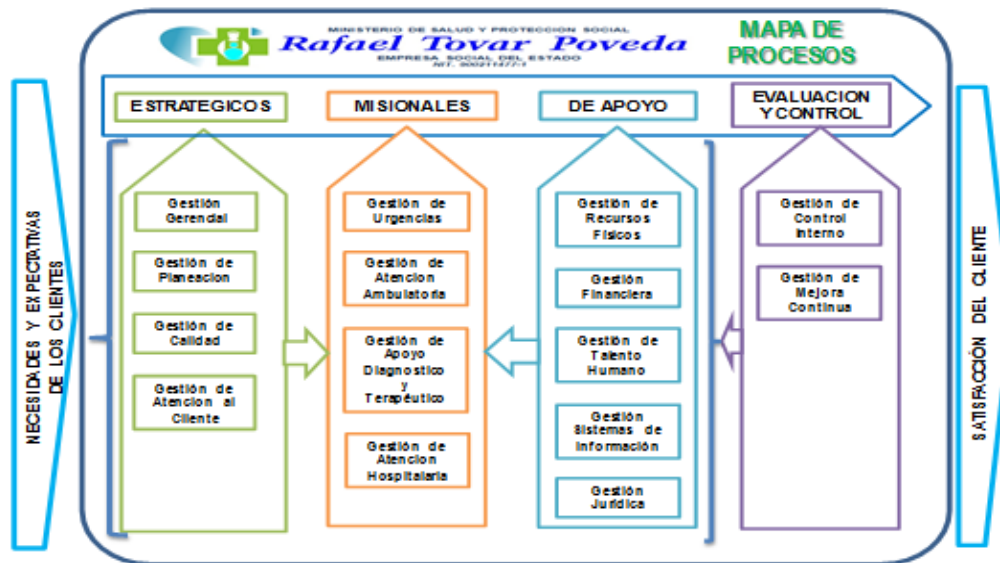
- ✓ Atención al recién nacido
 - ✓ Consejería en lactancia materna
 - ✓ Alteraciones del crecimiento y desarrollo
 - ✓ Alteraciones del desarrollo del joven
 - ✓ Alteraciones del embarazo
 - ✓ Alteraciones en el adulto
 - ✓ Atención en planificación familiar hombres y mujeres
 - ✓ Consejería en salud sexual y reproductiva
 - ✓ Detección temprana y prevención de cáncer de mama
 - ✓ Detección temprana y prevención de cáncer cérvico-uterino
 - ✓ Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual
 - ✓ Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI
 - ✓ Atención Preventiva en Salud Bucal
 - ✓ Vigilancia de Enfermedades de interés en Salud Pública
 - ✓ Charlas y talleres educativos
-  Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- ✓ Laboratorio Clínico
 - ✓ Radiología e Imágenes Diagnósticas
 - ✓ Ultrasonido
 - ✓ Servicio Farmacéutico
 - ✓ Traslado Asistencial Básico – TAB
-  Servicio de urgencias
-  Servicio de Internación
-  Acciones extramurales de promoción y prevención, control de ETV y enfermedades de interés público



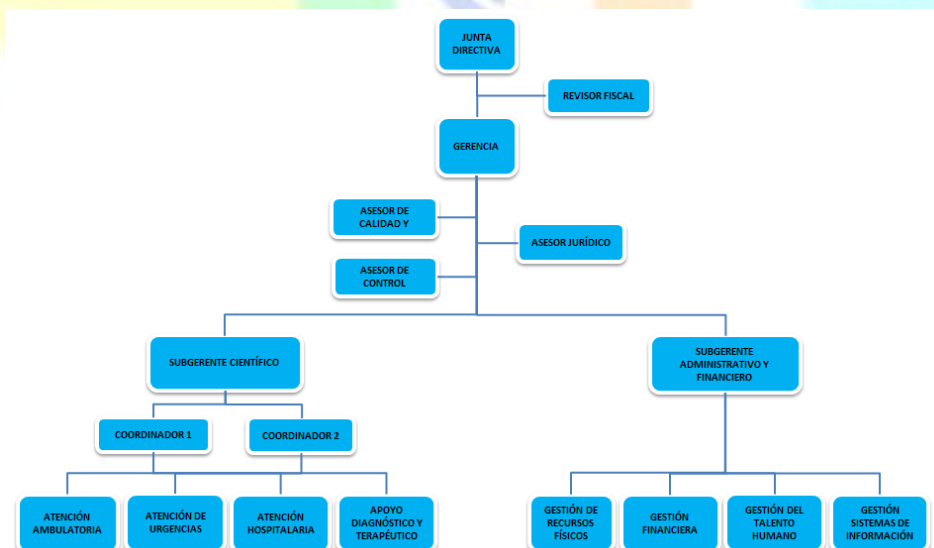
E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA



MAPA DE PROCESOS



ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL





6. CAPACIDAD INSTALADA

La Capacidad Instalada con que cuenta la ESE Rafael Tovar Poveda, consolidada en sus IPS Belén de los Andaquies, IPS San José del Fragua, Albania y Curillo, para ofertar los servicios a la población, es:

CONCEPTO	IPS BELEN	IPS SAN JOSE	IPS ALBANIA	IPS CURILLO	TOTAL, ESE
Camas Observación	5	3	4	2	14
Camas Adultos	8	0	0	7	15
Camas Pediatría	5	0	0	5	10
Camas observación Pediatría	0	0	2	0	2
Consultorio De Consulta Externa					12
Consultorio En Servicio De Urgencia	1	1	1	1	4
Mesa de parto	1	1	1	1	4
Unidad De Odontología					9
Ambulancia básica					

7. FORMULACION DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL

El proceso de gestión de las entidades públicas prestadoras de servicios de salud involucra diferentes aspectos dentro de los cuales está el rigor de las Juntas Directivas en la selección de Gerentes o Directores idóneos, visionarios, con capacidad de liderazgo, concertación y negociación, pero fundamentalmente que sean personas con bases éticas y técnicas para que actúen como intérpretes de las necesidades de salud de la población objeto de servicios, siendo el seguimiento periódico y la evaluación anual al Plan de Gestión, el camino que puede garantizar su cumplimiento efectivo, valorando los resultados alcanzados por el Director o Gerente como responsable máximo de su ejecución y, con esa base, determinar su continuidad o no frente al cargo.



La Metodología para la formulación y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial y su Evaluación por parte de la Junta Directiva, contenida en la Resolución 0710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013 y 408 del 2018, enfatiza en la reorientación de las acciones de estas entidades para que se concentren en la solución de las necesidades en salud de la población con seguridad y altos estándares de calidad en la prestación de los mismos y especialmente involucra la tarea de recuperar la confianza en los hospitales públicos

En la etapa de formulación es importante resaltar la participación del equipo directivo, asesor y jefes de dependencia, con quienes se establecen las líneas de base y se asumen compromisos compartidos de gestión que permitan el logro de las metas establecidas.

7.1 FASE DE PREPARACION.

Para esta fase, se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión de documentación fuente de información y soportes de cada uno de los indicadores evaluados en el periodo 2020-2024, revisando detalladamente la certificación de los mismos
- Realización de diagnóstico: se revisa el estado de cada indicador cualitativa y cuantitativamente.
- Levantamiento de línea de base para cada uno de los indicadores de gerencia, financiero y clínico-asistencial.
- Realización del análisis del comportamiento de cada indicador en el tiempo y observaciones

7.2 FASE DE FORMULACION.

En jornadas de trabajo en equipo con participación de los funcionarios del nivel directivo y asesor, líderes de las áreas de prestación de servicios de salud, administrativas y financieras se identificaron los indicadores aplicables a la ESE de acuerdo a los definidos en las Resoluciones, (**Anexo No. 2 Indicadores y Estándares por áreas de gestión**). Se identificaron las fuentes de información y evidencias que permitan establecer la línea de base. La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.



Para el establecimiento de la línea base, se tomaron los datos resultantes de la evaluación de cumplimiento del plan de gestión de la vigencia 2023, entregado por el Gerente Saliente y el cual no fue objeto de evaluación por parte de la Junta Directiva.

Metas de Gestión y Resultados, con línea base por indicador y metas anuales para el período Gerencial.

El Plan de Gestión Gerencial **2024-2028** "*Luchamos Juntos, Por la Salud de Todos*", para la Empresa Social del Estado **Rafael Tovar Poveda**, se formuló de conformidad con las disposiciones normativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

El Plan de Gestión Gerencial **2024-2028** de la ESE **Rafael Tovar Poveda**, se estructura de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018 y sus anexos, que incluye las siguientes áreas:

- Área de Gestión de Dirección y Gerencia (20%): Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Está área de gestión contiene tres (3) indicadores.
- Área Gestión Financiera y Administrativa (40%): Procesos orientados a la gestión de los recursos necesarios para la correcta prestación de los servicios de salud. Está área de gestión contiene Ocho (8) indicadores.
- Área Gestión Clínica o Asistencial (40%): Procesos encaminados a lograr la adecuada y oportuna prestación de servicios de salud. Está área de gestión contiene Seis (6) indicadores.

7.2.1 AREA GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

En esta área, se desarrollará las estrategias del plan de gestión, en línea directa con el sistema de Gestión de Garantía de la Calidad, con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, en torno de la Plataforma estratégica y medir las acciones orientadas a alcanzar las metas establecidas en la planificación de las mismas,



que apunten fundamentalmente a la satisfacción de los usuarios. El objetivo de esta área es implementar y mantener la integración de objetivos e intereses de la ESE en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establecer las políticas, el direccionamiento fundamentado en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como una unidad que plantea un modelo de mejoramiento continuo y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. En esta área de gestión, se miden tres (3) indicadores estratégicos que comprenden desde el indicador No. 1 hasta el Indicador No. 3, según la Resolución 408 de 2018, así:

7.2.1.1 Indicador Numero 1: “Mejoramiento Continuo De Calidad Aplicable A Entidades No Acreditadas Con Autoevaluación En La Vigencia Anterior”

El artículo 2 del Decreto 2181 establece la obligatoriedad de establecer el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos, en lo relacionado con el ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento. 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 de ciclo de preparación para la acreditación, dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

INDICADOR No. 1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
FORMULA	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	La ESE Rafael Tovar Poveda realizó el proceso de autoevaluación teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 1328 de 2021, que modificó el artículo 1º de la Resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1; el proceso de autoevaluación fue adelantado por los diferentes comités interdisciplinarios creados al interior de la Institución. Teniendo en cuenta lo anterior, se evaluaron los estándares: Cliente Asistencial, Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gerencia de la Información y estándar de Mejoramiento Continuo de la Calidad. Es importante resaltar que en lo referente al estándar de Cliente Asistencial esta autoevaluación se llevó a cabo en cada una de las IPS que conforman la ESE, por cuanto las particularidades en el proceso de atención de una IPS a otra son diferentes. Una vez realizado el proceso de autoevaluación se



	siguió con el desarrollo de la Ruta Crítica según lo determinado por el documento guía PAMEC vigencia 2023. De los 201 estándares se evaluaron 193 estándares aplicables a la institución, obteniendo una calificación en promedio total para la vigencia 2023 de 2.32 . La autoevaluación del 2022 fue del 1.93 , lográndose alcanzar la meta definida en 1.20			
ACCIONES PLANTEADAS	• Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación.			
	• Reactivar los equipos de Autoevaluación y grupos primarios, acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE y de acuerdo a los nuevos líderes definidos en cada Proceso.			
	• Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología.			
	• Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora			
	• Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar			
	• Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen			
• Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados, con las deficiencias evidenciadas en la autoevaluación conjunto con PAMEC				

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥1,20	≥1,20	≥1,20	≥1,20
Línea Base	≥1.20			

7.2.1.2 Indicador No. 2: **"Efectividad En La Auditoría Para El Mejoramiento Continuo De La Calidad De La Atención En Salud"**

EL PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo del mejoramiento continuo a partir de la priorización DE estándares de acreditación. Los programas de auditoría deben ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que determinan como básicas en el sistema único de habilitación. La normatividad establecer, que los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades Departamentales, Distritales y Municipales, las Instituciones Presados de Servicios de Salud y las EAPB.



La ESE Rafael Tovar Poveda, desde su comité de Calidad tiene establecidos los mecanismos de seguimiento y evaluación para el mejoramiento continuo de la calidad. Este indicador de cumplimiento lo basamos en las autoevaluaciones que se realizan y en especial en las rondas de seguridad, que junto con los líderes de proceso se realizan verificando la eficacia de las acciones con énfasis en procesos claves y de impacto en la atención de los usuarios. El resultado de este indicador es el reporte de la Super salud que establecer el porcentaje alcanzado por este indicador de acuerdo a la información reportada, así:

NIT	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Indicador 10 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única o normas que la sustenta.
805028530	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.909	NO CUMPLE
890303461	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.853	NO CUMPLE
805027289	E.S.E. RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CAÑAVIELEJO	1.000	CUMPLE
805027287	E.S.E. RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO	0.937	NO CUMPLE
805027337	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E	0.918	CUMPLE
805027338	E.S.E. HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA IPS	NO REPORTÓ	NO CUMPLE
900211477	E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	1.000	NO CUMPLE
900211460	E.S.E. SOR TERESA ADELE	0.975	NO CUMPLE
828000386	ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO	1.000	NO CUMPLE
891180098	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	0.784	NO CUMPLE
891190011	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	0.936	NO CUMPLE
900211468	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	0.900	NO CUMPLE
806001061	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO	1.000	NO CUMPLE
900042103	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	0.384	NO CUMPLE
806010305	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	0.550	NO CUMPLE

INDICADOR No. 2	Efectividad En La Auditoría Para El Mejoramiento Continuo De La Calidad De La Atención En Salud
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Para la vigencia de 2023 el PAMEC se desarrolló en los siguientes estándares: Estándar de Cliente Asistencial, de Direccionamiento, estándar de Gerencia, estándar de Talento Humano, estándar de Gerencia del Ambiente Físico y Estándar de Mejoramiento de la Calidad. Se establecieron 25 oportunidades de mejora de las cuales se ejecutaron 24 y se realizaron 2 seguimientos para verificar el avance del plan de



	acción, obteniendo una calificación de 96% para el 2023. Se ejecutaron en gran parte las acciones de mejora propuestas y se llevaron a cabo las auditorías internas programadas; así mismo, el reporte del archivo ST002 que se carga en la plataforma de la SUPERSALUD se realizó dentro del tiempo establecido para tal fin
ACCIONES PLANTEADAS	Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación
	Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas
	Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento
	Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.
	Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.
	Consolidar y presentar informe Trimestral

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
Línea Base	≥0,96			

7.2.1.3 Indicador No. 3: **“Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional”**

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.

El Plan de Desarrollo Institucional, es el documento que determina el curso de las acciones que se necesitan para avanzar en el logro de los objetivos y para asegurar el desarrollo armónico el integral de la entidad. El Plan de Desarrollo incluye una visión de estratégica de futuro para tener la certeza de a dónde queremos llegar, ya que pretende ofrecer soluciones que se mantengan en el tiempo; en ese orden de ideas, los planes deben ser sostenibles, con mejoras que queden en la comunidad, aún cuando éstos concluyan.

El Plan de Desarrollo es un instrumento que busca, por medio de acciones concretas y planificadas y con plazos definidos, resolver problemas previamente



identificados, provenientes tanto del entorno externo como interno y es a través de él, se orientan los recursos administrativos, técnicos, financieros y de talento humano.

De acuerdo con la revisión documental efectuada en la ESE, se pudo establecer que las metas propuestas en el Plan de Acción del Plan de Desarrollo Institucional, para la vigencia 2023, se ejecutaron con un cumplimiento del 91% de acuerdo a los siguientes porcentajes de alcanzados por procesos:

- Direccionamiento Estratégico 100%
- Gestión Asistencial 91%
- Gestión Financiera 88%
- Gestión de Recursos Físicos 75%
- Gestión del Talento Humano 100%
- Gestión de Sistemas de Información 100%

El nivel de cumplimiento del Plan de Desarrollo es de 91%, es decir que está en un nivel satisfactorio pues de las 34 actividades programadas se cumplieron 31 en un 100% y los 3 restantes fueron actividades que no se iniciaron durante la vigencia evaluada.

INDICADOR No. 3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional
FORMULA	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	De acuerdo con la ejecución de estrategias y acciones establecidas en el cuadro de mando Institucional en sus perspectivas de direccionamiento, Gestión Asistencial, Gestión Financiera, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de Talento Humano y Gestión de sistemas de Información, se evidencia un cumplimiento satisfactorio del 91%. De las 34 actividades programadas, se iniciaron 31 y no se iniciaron 3. siendo un porcentaje bastante importante en el logro de los objetivos propuestos en El.
ACCIONES PLANTEADAS	• Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes de Acción. • Formular los Planes por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028.



	Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades establecidas.
	Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.
	Socializar el Plan de Desarrollo Institucional con todos los funcionarios de la ESE, para lograr un empoderamiento del mismo.
	Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.
	Publicar el Plan de Desarrollo Institucional en la página WEB de la Institución.

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
Línea Base	≥0,91			

7.2.2 AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Orienta la gestión de la administración de los recursos y la estimación y asignación de recursos financieros necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud; incluyendo la adquisición de equipos médicos, contratación de personal, compra de suministros y mantenimiento de las instalaciones. Teniendo en cuenta que estos indicadores reflejan la sostenibilidad financiera de la ESE, serán monitoreados de manera permanente, para intervenir las posibles desviaciones que se puedan llegar a presentar por los riesgos de iliquidez. En esta área de gestión, se miden ocho (8) indicadores estratégicos, que comprenden desde el indicador No. 4 hasta el Indicador No. 11, según la Resolución 408 de 2018, así:

7.2.2.1 Indicador No. 4: “Riesgo Fiscal y Financiero”

La Ley 1438 de 2011, en su Artículo 80, establecer que será el Ministerio de Salud y Protección Social quién determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo

de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus



indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley.

La calificación del riesgo fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado, se basan en los datos estadísticos de la información reportada en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Teniendo en cuenta lo anterior el ultimo resultado estipulado en la Resolución No. 851 de mayo de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, la ESE Rafael Tovar Poveda fue categorizado, **SIN RIESGO FINANCIERO**.

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Riesgo bajo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo bajo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo bajo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

Fuente: Plataforma SIHO reporte Información Decreto 2193 de 2004

Respecto a este indicador, para la ESE Rafael Tovar Poveda no aplica su calificación, dado que no nos encontramos como Institución clasificada en Riesgo Financiero, sin embargo, teniendo en cuenta que la Resolución por medio de la cual se efectúa la categorización del riesgo de las empresas sociales del estado del nivel territorial, correspondiente a la vigencia 2023 no ha sido emitida

por parte del Ministerio de Salud, se proyecta una matriz dada por este órgano de control y vigilancia que al ser calculada arroja EN RIESGO BAJO.



INDICADOR No. 4	Riesgo Fiscal y Financiero
FORMULA	Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	En la vigencia 2022 la ESE Rafael Tovar Poveda, fue Categorizada SIN RIESGO FINANCIERO, según la Resolución 851 de mayo de 2023. Para las vigencias 2020, 2021 y 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social suspendió el proceso de calificación de riesgo por efectos de la Pandemia por COVID 19; sin embargo, para el 2019 la ESE había sido calificada en RIESGO BAJO. La ESE proyecta de manera trimestral la matriz de riesgo a fin de ir analizando cómo va evolucionado el riesgo y tomar las medidas correctivas a tiempo. La proyección de la matriz del riesgo realizada con corte a 31 de diciembre de 2023, la ubico en RIESGO BAJO, por lo que se toma este resultado por la línea base de este indicador.
ACCIONES PLANTEADAS	Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.
	Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable.
	Fortalecer el proceso de facturación, ajustar las actividades desarrolladas con el fin de alcanzar mayor productividad.
	Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.
	Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.
	Generar políticas de austeridad, control y racionalidad en el gasto.
	Evaluar la estrategia para el cumplimiento de metas de las actividades de promoción y prevención en el régimen subsidiado y formular acciones de mejora a fin no incurrir en descuentos por no cumplimiento de metas.

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
Línea Base	RIESGO BAJO			



7.2.2.2 Indicador No. 5: “Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo”

Este indicador compara el total de los gastos comprometidos en millones de pesos del año evaluado sobre el número de UVR producidas en la vigencia, con el de la vigencia anterior, midiendo la evolución en la eficiencia de gasto. La unidad de valor relativo, es la forma de resumir en una misma dimensión, los diferentes servicios que produce una Institución Hospitalaria y se utiliza para comparar el volumen de recursos requeridos para la prestación de un número de servicio.

Este 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. Por ser éste un indicador de Eficiencia, será un propósito de esta Gerencia, definir estrategias claras de austeridad en el gasto, sin detrimento en la calidad de los servicios y así lograr niveles de costos óptimos en la ESE.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA		
Variable	2022	2023
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,22	1,21
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,95	0,86
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,21	1,21
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,89	0,78
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	30.037,78	35.555,82
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	32.501,13	36.792,20
Gasto de personal por UVR (\$)	25.851,46	28.784,46

Fuente: Plataforma SIHO Reporte Decreto 2193 de 2004

De acuerdo a la información reportada ante el Ministerio de Salud y Protección Social y publicada conforme al Decreto 2193 de 2004, nos muestra el siguiente resultado.

FORMULA DEL INDICADOR No. 5	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
-----------------------------	-----------------------	-----------



**E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA**



Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación.	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	\$15.892.926.129
Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación		36.792
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación		\$14.158.405.040
Número UVR producidas en la vigencia anterior		32.501
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida		0.99

INDICADOR No. 5	Evolución del Gasto por unidad de Valor Relativo Producida
FORMULA	$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1}$
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	La información fue tomada de la ficha técnica del año 2023 de la página WEB del Ministerio de Salud y Protección Social y cuyo resultado de la UVR para la ESE Rafael Tovar Poveda se establece de acuerdo a los Estados Financieros subidos en la plataforma del SIHO. Se puede evidenciar que el gasto aumentó de la vigencia 2022 a 2023 en \$1.734.521.089, a pesar de que la ESE estableció algunas estrategias de austeridad, tomando como referencia la necesidad de salir del riesgo bajo el cual se encontraba para la vigencia 2019, sin embargo, se aumentaron los gastos de contratistas en un gran porcentaje por contrato de Subsidio a la Oferta y para dar cumplimiento a las metas establecidas, por lo que fue notorio el incremento de contratistas en el área asistencial. La aplicación de la



	formula establecida para este indicador arrojo un índice de eficiencia del 0.99 muy superior a la meta establecida en la Resolución, por lo que este deberá ser un punto de análisis para la nueva administración, por la eficiencia que se requiere en este sentido.
ACCIONES PLANTEADAS	• Racionalización del gasto
	• Incremento en la producción de servicios habilitados que se vean reflejados en la facturación
	• Apertura de nuevos servicios que incremente el ingreso por facturación
	• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados
	• Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso (priorizando el proceso financiero)
	• Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto.
	• Implementar auditoría al gasto en salud

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90
Línea Base	0.99			

7.2.2.3 Indicador No. 6: ***“Proporción de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas. B) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c) Compras a través de mecanismos electrónicos”***

La utilización de este tipo de mecanismos para la adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico, busca en primer lugar una mayor transparencia en los procesos que adelanten las Instituciones, tal como lo establecer el Decreto 734 de 2012 y, sobre todo, mejores condiciones en cuanto a precios y calidad, por los volúmenes que este tipo de compras conjuntas produce y pretende evaluar en la vigencia, el porcentaje de compras realizadas a cooperativas de hospitales y/o a



través de mecanismos electrónicos 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.

INDICADOR No. 6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras: a) Compras conjuntas. B) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y c) Compras a través de mecanismos electrónicos.
FORMULA	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, en las adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades. Según certificación expedida por el Revisor Fiscal de la ESE Rafael Tovar Poveda para la vigencia fiscal del 2023, se realizaron adquisición por medicamentos y material médico-quirúrgico por valor de \$614.546.599 sin que se utilizará ninguno de los mecanismos descritos anteriormente; por lo que el resultado de este indicador fue Cero, según el siguiente análisis: COMPRAS CONJUNTAS 2023 = \$0 COMPRAS COOPERATIVAS = \$0 COMPRAS MEC. ELECTRONICOS= \$0
ACCIONES PLANTEADAS	• Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos. • Modificar el Manual de Contratación a fin de incluir este mecanismo de compra. • Priorizar la compra de medicamentos bajo la figura de compras por volumen en la medida en que se disponga de los recursos de caja. • Viabilizar la posibilidad de adquirir mediante mecanismos electrónicos las compras de medicamentos y médico-quirúrgicos que requiera la ESE,



ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥0,7	≥0,7	≥0,7	≥0,7
Línea Base	0			

7.2.2.4 Indicador No. 7: **“Monto de la Deuda Superior a 30 días por concepto del salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto, frente a la vigencia anterior”.**

En cumplimiento de los objetivos estratégicos y sobre todo de la misión Institucional, el talento humano se constituye en el eje fundamental del accionar cotidiano. Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos y la variación de la deuda con respecto al periodo anterior. Se requiere que el pago por concepto de la remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

INDICADOR No. 7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.
FORMULA	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	El talento humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna, para todos, independiente del tipo de vinculación. La ESE Rafael Tovar Poveda según certificación expedida por el Revisor Fiscal, con base en los resultados de sus Estados Financieros con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2022 y 2023, no presenta deuda mayor a 30 días, por concepto del salario del personal de planta y de contratación de servicios, obteniendo una variación de Cero, situación muy buena para la ESE, pues establece



	como prioridad dentro de los costos, el pago oportuno al personal que presta sus servicios en la Institución, por las diferentes modalidades de contratación. Línea base Cero (0).
ACCIONES PLANTEADAS	• Gestionar los recursos necesarios y suficientes que garanticen la liquidez de la ESE para cumplir con sus obligaciones laborales a tiempo.
	• Gestión agresiva de cobranza utilizando los mecanismos de ley para lograr recaudar la cartera de vigencias anteriores
	• Adoptar una política de pago oportuno al personal que presta servicios en la ESE.
	• Diseñar un plan de pagos de los pasivos laborales
	• Garantizar la disposición de los recursos antes de los 30 días del vencimiento de la obligación

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	(0) o variación negativa	(0) o variación negativa	(0) o variación negativa	(0) o variación negativa
Línea Base	Cero			

7.1.2.2.5 Indicador No. 8: **“Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS”**

Cada vez que un usuario recibe atención en salud a través de servicios como consulta externa, Urgencias con observación y Hospitalización, la entidad prestadora del servicio de salud debe diligenciar el Registro con datos mínimos para identificar el motivo de consulta. La información de RIPS, nos permite el análisis de frecuencias de uso, cruce de diagnósticos, construir el perfil epidemiológico, revisión permanente al cumplimiento de metas de Promoción y Prevención para evitar glosas o disminuirlas y seguimiento a los contratos de capitación para establecer índices de frecuencia de uso por tipo de pagador. Los RIPS han servido como soporte de la venta del servicio de salud y son remitidos por las IPS a las EPS.

La Junta Directiva como órgano rector y de direccionamiento, debe contar con información oportuna para la toma de decisiones, por lo que esta gerencia,



pondrá especial atención en presentar permanentemente la información y los reportes, para su análisis y asesoramiento en lo referente a sus funciones

INDICADOR No. 8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)
FORMULA	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Los RIPS se constituyen en la información que se requiere para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de Servicios. La ESE Rafael Tovar Poveda hace esfuerzos tendientes a obtener información que permita la adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, por lo que la calidad de la información basada en RIPS, es importante para la adecuada toma de decisiones gerenciales. Según certificación de la oficina de Planeación, para la vigencia fiscal del 2023 la ESE cumplió con la adecuada presentación de los RIPS de manera trimestral a la Junta directiva en las sesiones ordinarias realizadas 18 de julio, 25 de octubre de 2023 y 21 de febrero de 2024, lo que les permitió realizar planes de mejora a las brechas que se evidenciaron. Línea base 4
ACCIONES PLANTEADAS	• Recolección y procesamiento de los datos para mejorar la calidad de la información, que fortalezca los procesos internos y la vigilancia en Salud Pública con el fin de tomar decisiones estratégicas que impacten en el mejoramiento de los servicios de salud ofertados • Revisar y analizar la información de los RIPS antes de ser remitidos a la Junta Directiva para realizar los ajustes a que haya lugar • Realización de reuniones con el comité de historias clínicas institucionales mensuales dando interpretación a los RIPS y realizando planes de mejora a las desviaciones detectadas. • Publicar en la página WEB de la ESE el informe trimestral de los RIPS para conocimiento de la ciudadanía. • Presentar a la Junta Directiva la información basada en RIPS de manera trimestral en los términos que establece la norma.

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION
---------------------------	--



	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	4	4	4	4
Línea Base	4			

7.2.2.6 Indicador No. 9: “**Resultado equilibrio Presupuestal con Recaudo**”

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, logrando la liquidez de la ESE, y que todas las obligaciones contraídas (compromisos) sean pagadas con el recaudo (efectivo).

Es claro que la situación del Sistema de salud, donde el pago por parte de las EPS es deficiente, nos obliga a ejercer una contención estricta de los gastos y costos, y a apalancar en los proveedores, el funcionamiento normal de la Institución. Los servicios facturados por El Hospital, son suficientes para financiar la operación corriente, pero el pago de la cartera, sobre todo de la EAPB, es muy lenta.

La información de este indicador, fue tomada de la ficha técnica de la página WEB del SIHO, del Ministerio de Salud y Protección Social que muestra el equilibrio de la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, tal cual se observa en el siguiente cuadro:

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA		
Variable	2022	2023
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,22	1,21
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,95	0,86
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,21	1,21
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,89	0,78
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	30.037,78	35.555,82
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	32.501,13	36.792,20
Gasto de personal por UVR (\$)	25.851,46	28.784,46

Fuente: Plataforma SIHO reporte Información Decreto 2193 de 2004



INDICADOR No. 9	Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo.
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	La ejecución presupuestal con corte a 31 de diciembre de 2023 según los Estados Financieros, nos muestra que la ejecución de ingresos recaudados en el 2022 fue de \$16.855.501.949 y a 31 de diciembre del 2023 fue de \$19.600.460.142 por lo que el indicador dio como resultados $\\$16.855.501.949 / \\$19.600.460.142 = 0.86\%$ Se evidencia que el valor de gastos frente a lo recaudado es de \$877.795.726, resultado satisfactorio frente al 2019 cuando se recibió la administración; sin embargo hay un decrecimiento del 0.09% del equilibrio presupuestal con recaudo frente a la vigencia 2022, la cual alcanzó un 0.95%, esto principalmente por el no pago efectivo de los servicios prestados, realizados por las EPS y especialmente por la EAPB que contrata más del 80% de los servicios ofertados por la ESE, lo que se ve reflejado en la necesidad de establecer políticas claras de austeridad en el gasto y el cobro de la cartera, a fin de lograr un equilibrio total entre el gasto y el recaudo.
ACCIONES PLANTEADAS	• Incrementar los Recaudos tanto de la operación corriente como de las vigencias anteriores a través del aumento en la producción de los servicios y en la eficiente gestión de cartera • Fortalecimiento técnico de comité de glosas, para realizar conciliaciones eficientes y lograr mejores índices de pagos de la contratación dentro de la vigencia • Lograr que la contratación de los servicios ofertados por la ESE, guarde concordancia entre la producción, la facturación y el recaudo alcanzado • Mejoramiento del proceso de facturación de los servicios • Seguimiento y monitoreo de los indicadores de equilibrio presupuestal • Apertura de nuevos servicios de acuerdo a la necesidad de la comunidad, para lograr incremento en la productividad. • Disminución del gasto comprometido total



ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥1	≥1	≥1	≥1
Línea Base	≥0,86			

7.2.2.7 Indicador No. 10: ***“Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud la norma que la sustituya”***

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega Del Reporte de Información en Cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o La Norma que la sustituya.

La ESE NO ha dado cumplimiento con el envío de la información en la cantidad de la información que debe ser reportada a través del aplicativo del sistema de Recepción y Validación de Archivos de la Superintendencia Nacional de Salud, tal como se evidencia en el reporte generado por la Supersalud.

NET	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Indicador 10 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud la norma que la sustituya
805028530	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.909	NO CUMPLE
890303461	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.853	NO CUMPLE
805027289	E.S.E. RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CAÑAVIELEJO	1.000	CUMPLE
805027287	E.S.E. RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO	0.937	NO CUMPLE
805027337	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.	0.918	CUMPLE
805027338	E.S.E. HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTAÑA IPS	NO REPORTO	NO CUMPLE
900211477	E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	1.000	NO CUMPLE
900211460	E.S.E. SOR TERESA ADELE	0.975	NO CUMPLE
828000386	ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO	1.000	NO CUMPLE
891180098	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	0.794	NO CUMPLE
891190011	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	0.936	NO CUMPLE
900211468	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	0.900	NO CUMPLE
806001061	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO	1.000	NO CUMPLE
900042103	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	0.384	NO CUMPLE
806010305	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	0.850	NO CUMPLE

Fuente: Reporte Supersalud Indicadores 2 y 10 Resolución 408 de 2018

INDICADOR No. 10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.
-------------------------	---



FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.			
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	La ESE no ha dado cumplimiento con el envío de la información según la revisión documental, la cual muestra que no se ha subido en el sistema de Recepción y Validación de Archivos de la Superintendencia Nacional de Salud, tal como se evidencia en los pantallazos de certificación expedido por la Supersalud, correspondiente a la vigencia fiscal del 2023. Es importante establecer que la ESE hace el reporte en cuanto a aspectos de información financiera y contable, la cual se realiza de manera trimestral, pero se queda corta en la rendición de toda la información que copila la Circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.			
ACCIONES PLANTEADAS	• Adoptar el plan general de presentación de informes institucionales con un cronograma de inicio y fin de actividades, para garantizar la oportunidad y calidad de la información rendida.			
	• Establecer responsables directos para la consolidación y el envío de la información de la circular única de la Supersalud			
	• Hacer el seguimiento permanente al cumplimiento del plan general de presentación de informes			
	• Compromiso de la Gerencia en la entrega completa y oportuna de la información de la Circular Única a la Supersalud			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento
Línea Base	NO Cumplimiento			

7.1.2.2.8 Indicador No. 11: ***“Oportunidad en el Reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o norma que lo sustituya”***

Este indicador califica si existió cumplimiento en 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 y



además en comité de calidad se analiza la información para realizar los ajuste y planes de mejoramiento a que haya lugar. Se puede verificar en la misma página del SIHO, el cumplimiento de este indicador.

INDICADOR No. 11	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o norma que la sustituya.
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente objeto de evaluación.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	La ESE Rafael Tovar Poveda, ha dado cumplimiento a los plazos establecidos para el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004 y ha realizado los ajustes producto de las mesas conjuntas de validación de la información reportada con la secretaria de Salud Departamental, cumpliendo los resultados del indicador
ACCIONES PLANTEADAS	• Conformar un equipo interdisciplinario integrado por los profesionales que tienen bajo su responsabilidad la generación de la información.
	• Establecer responsables directos para la consolidación y el reporte ante la secretaria de Salud Departamental de la información del Decreto 2193 de 2004
	• Hacer el seguimiento permanente al cumplimiento del plan general de presentación de informes

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento
Línea Base	Cumplimiento			

7.2.3 AREA GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL

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



Esta área tan fundamental para la ESE, involucra el componente misional como Empresa Social de Estado, prestadora de servicios de salud, enmarcada fundamentalmente dentro de la población objeto y su perfil epidemiológico y básicamente son las relacionadas con los procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial. En esta área de gestión, se miden Seis (6) indicadores estratégicos que corresponde a los indicadores del 21 al 26 de la Resolución 408 de 2018. así:

7.2.3.1 Indicador No. 21: ***“Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación”***

Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso de las gestantes al programa de promoción y Prevención antes de las primeras 12 semanas de gestación, considerando aspectos importantes en este evento.

INDICADOR No. 21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	El cumplimiento de este indicador, se estableció con base a la información reportada por el Comité de Historias Clínicas de la Institución por medio del cual se determinó el número de gestantes captadas antes de las 12 semanas y si están debidamente inscritas en el Programa de Control Prenatal. De acuerdo a los datos estadísticos y a la información remitida por el Comité de Historias Clínicas, en algunas IPS de la ESE Rafael Tovar Poveda el número de gestantes captadas aumentó con relación al año 2022, como es el caso de la IPS Belén que pasó de captar 84 a 95 gestantes aumentando en un 13%, pero en otras IPS no se ve reflejada ninguna mejoría a pesar de la búsqueda realizada en cada municipio y a las estrategias implementadas como la demanda inducida con la ayuda del laboratorio clínico, del personal institucional capacitado y las jornadas extramurales realizadas tanto en zona urbana como rural y el apoyo de los técnicos del riesgo de las EAPB, pero no se logró cumplir la meta para este



	indicador pues se identifican algunas barreras de acceso de la gestante a los servicios de salud como condiciones administrativas, geográficas, económicas y culturales El total de mujeres gestantes en la vigencia fue de 435 y únicamente a 316 se les realizó por lo menos una valoración médica y fueron inscritas en el Programa de Control Prenatal de la ESE, alcanzando para la vigencia 2023, el 0.73%, siendo un porcentaje bajo con respecto al estándar del indicador de la Resolución 0408 de 2018, por lo que es necesario buscar alternativas para mejorar significativamente el cumplimiento del mismo
ACCIONES PLANTEADAS	Fortalecer los procesos de demanda inducida para mejorar la oportunidad de ingreso de las gestantes al programa de control prenatal y/o consulta preconcepcional.
	Incluir en el programa de capacitaciones la Guía de Manejo de control prenatal al personal asistencial con incidencia en el proceso en torno al programa y verificar su efectividad.
	Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación oportuna de gestantes
	Hacer seguimiento al reporte diario de las pruebas de gravidez positivas desde el laboratorio clínico de la Institución para inscribirlas en el Programa de Control Prenatal
	Establecer contacto con grupos organizados de la comunidad como Asociación de Usuarios, Instituciones Educativas, etc., para canalización de gestantes identificadas por ellos e ingresarlas al Programa de Control Prenatal.
	Incentivar en los grupos de servicios amigables y todas las áreas de la Institución, la importancia de la asistencia estricta y temprana a los controles prenatales
	Fortalecer el ingreso al programa de control prenatal y la consulta de control por medio de la atención realizada por los equipos de APS de acuerdo a los protocolos definidos para tal fin.

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥0,85	≥0,85	≥0,85	≥0,85
Línea Base	≥0.73			



7.2.3.2 Indicador No. 22: ***“Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos en la ESE”***

Se pretende a través de este indicador evaluar las acciones preventivas y diagnósticas en la etapa de gestación con referencia a la incidencia de Sífilis Congénita en partos.

INDICADOR No. 22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE
FORMULA	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Este indicador se refiere a la cantidad de recién nacidos en la ESE que registraron diagnóstico de Sífilis congénita durante el período evaluado. Para la evaluación de este indicador, se tuvo en cuenta el seguimiento realizado a las históricas clínicas de las pacientes inscritas al programa de control prenatal, así como al número de partos atendidos en la ESE. El reporte realizado por el Comité de Historias Clínicas de la ESE y el concepto emitido por la secretaria de Salud Departamental. La ESE Rafael Tovar Poveda, para evitar los casos de recién nacidos afectados por sífilis congénita y prevenir esta infección de transmisión sexual en los municipios que conforman la ESE, viene dando prioridad en que todas las gestantes acudan al control prenatal en el primer trimestre o tan pronto conozcan su estado de embarazo y que se practiquen la prueba rápida diagnóstica, estrategia para que durante las vigencia 2022 y 2023, no se presentara ningún parto atendido en las cuatro sedes de la Institución, que presentara nacimientos con esta patología.
ACCIONES PLANTEADAS	• Desarrollar estrategias de promoción social sobre prevención de ITS • Incluir en programa de capacitaciones la guía de manejo de sífilis congénita y verificar la adherencia a la misma. • Intensificar la vigilancia para evitar y/o prevenir la aparición de casos • Reporte desde el laboratorio clínico, todo caso de serología positiva en gestante de manera inmediata • Tomar prueba rápida a todas las gestantes el día del ingreso al control prenatal.



	• Verificar el tratamiento oportuno para Sífilis Gestacional para la gestante y su pareja, según protocolos establecidos.
	• Verificar que todas las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional y su pareja, sea direccionada al servicio de Psicología.
	• Definir un profesional (médico) exclusivo para manejo del programa

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)
Línea Base	Cero (0)			

7.2.3.3 Indicador No. 23: **“Evaluación de Aplicación de Guía de manejo específico: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva”**

Este Indicador evalúa la aplicación estricta de los parámetros establecidos en la Guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.

INDICADOR No. 23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.
FORMULA	Numero 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 la evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Durante el año 2023 la ESE Rafael Tovar Poveda en cada una de sus IPS cuenta con el registro en las bases de datos de los pacientes inscritos en el Programa de hipertensión arterial, así: Belén de los Andaquíes 600, San José del Fragua 326, Albania 56 y Curillo 241 para un total de 1.223 pacientes en seguimiento y se cuenta con el contrato de la Ruta cardiovascular, la demanda inducida y con personal médico presencial para este programa (Enfermedad Hipertensiva).



	Como parte de la estrategia de adherencia, en los Comités de Historias Clínicas se realiza la revisión de estas para verificar su adherencia a la guía y se viene capacitando al personal institucional en temas como Ruta Cardiovascular y Resolución 4003 de 2008, Resolución 3280 de 2018 atención en salud por medicina general o familiar para la adultez y vejez, Fomentos de estilos de vida, trabajo saludable y Riesgo Cardiovascular, enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión, Diabetes, EPOC, Dislipidemias) El Comité de Historias Clínicas de la ESE certifica para la evaluación de este indicador, que se tomó una muestra representativa de 248 Históricas, de las cuales 225 tenía estricta aplicación de la guía de atención hipertensiva adoptada por la Institución, arrojando que el 91% de cumplimiento.
ACCIONES PLANTEADAS	Continuar aplicando de manera rigurosa la Guía Técnica para el Manejo de Hipertensión Arterial.
	Revisión y ajuste de los registros clínicos con base a la guía de Hipertensión Arterial con el fin de mejorar la calidad de la información
	Programar jornadas bimestrales de tamizajes de riesgo cardiovascular para la captación de nuevos pacientes crónicos al Programa.
	Captar a los usuarios que asisten por los servicios de urgencias y consulta externa que presentan cifras tensionales igual o mayor a 140/90 y glicemias por encima de 100 para inscribirlos en el Programa
	Revisión periódica de la base de datos de hipertensión y su actualización permanente y tomar acciones con base en los resultados obtenidos
	Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa de Hipertensión Arterial.
	Fortalecer los controles de hipertensión arterial por medio de atención de los equipos APS de acuerdo a los protocolos definidos para tal fin-
	Definir un médico exclusivo para manejo del programa.

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9
Línea Base	≥0,91			



7.2.3.4 Indicador No. 24: **“Evaluación de Aplicación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo”**

Este Indicador evalúa la aplicación estricta de los parámetros establecidos en la guía de manejo específica: Guía de atención de Crecimiento y Desarrollo.

INDICADOR No. 24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.
FORMULA	Numero de Historias Clínicas que hace parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2023 se evidenció el aumento de los usuarios en el control de Crecimiento y Desarrollo esto debido a la terminación de la declaratoria de pandemia, el ingreso nuevamente de los estudiantes al aula escolar, a los CDI y Hogares Infantiles, principalmente un aumento en la asistencia en los municipios de Belén de los Andaquíes, San José del Fragua y Curillo en relación a la vigencia 2022. Para evaluar este indicador se tomó una muestra de 690 historias clínicas de niños (as) menores de 10 años atendidos en la ESE en Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante la vigencia del 2023, en las cuales el Comité de Historias Clínicas de la Institución, le aplicó la lista de chequeo y se evaluó la estricta aplicación de la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en nuestra institución, arrojando que 555 de los pacientes inscritos al programa hacen adherencia a guía, alcanzándose un 80% de adherencia.
ACCIONES PLANTEADAS	• Revisar y aplicar de manera rigurosa la Guía de manejo de crecimiento y desarrollo. • Incluir en programa de capacitaciones la guía técnica de manejo de crecimiento desarrollo • Verificar la eficacia de las acciones de formación asociadas a la guía de crecimiento y desarrollo



	Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa y tomar acciones con base en los hallazgos detectados
	Garantizar la efectiva canalización a los programas de Crecimiento y Desarrollo a través de los diferentes equipos de APS
	Definir un médico exclusivo para manejo del programa

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≥0,8	≥0,8	≥0,8	≥0,8
Línea Base	≥0,80			

7.2.3.5 Indicador No. 25: ***“Proporción de Reingreso de Pacientes al Servicio de Urgencias en menos de 72 horas”***

Este Indicador evalúa la Capacidad Resolutiva del servicio de urgencias (Reingresos de pacientes en menos de 72 horas). El resultado obtenido de este indicador constituye una fuente valiosa dado que nos indica la calidad de la atención en términos de racionalidad técnico-científica y efectividad del

diagnóstico y tratamientos aplicados en la atención al paciente, así como la capacidad resolutiva de la institución en las órdenes emitidas tras el egreso del paciente y la educación en autocuidado del mismo.

El soporte de ésta indicador es la ficha técnica del reporte de la información del Decreto 2193 de 2004, específicamente en lo relacionado con la Resolución 256 de 2016, que, para el caso de la ESE Rafael Tovar Poveda, muestra el siguiente resultado para la vigencia 2023:

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)		
Variable	2022	2023
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	19,932	15,952
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,531	0,15
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	2,095	2,642
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,021	0,026
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,432	0,358



Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	0,568	0,355
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,689	1,717
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,424	1,447
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	1,113	1,574
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	0,196	0,101

Fuente: Plataforma SIHO reporte Información Decreto 2193 de 2004

INDICADOR No. 25	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.
FORMULA	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma Institución antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Para este indicador se tomaron los reportes realizados por calidad de acuerdo al Decreto 2193 de 2004 del SIHO al igual que las historias clínicas, los RIPS y la información entregada por la oficina de estadística de la Institución, de consultas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE, por la misma causa durante la vigencia evaluada, durante las veinticuatro (24) horas y las setenta y dos (72) horas después de la hora registrada de atención de primera vez. Durante la vigencia 2023 se realizaron 12.074 consultas en el servicio de Urgencias de las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda y se registró un número de 319 pacientes como reingreso al servicio, equivalente al 0,026%. Resultado no significativo con la escala de evaluación.
ACCIONES PLANTEADAS	Implementar la medición del Indicador mediante el diseño de una ficha técnica definiendo fuentes y responsables de la información y analizar los resultados obtenidos.



	• Evaluar la eficacia de los mecanismos internos utilizados en la obtención de la información asociada a reingresos, trazabilidad con facturación y mejorando la calidad de los registros.
	• Realizar análisis de reingresos en urgencias, identificar las causas y establecer los planes de mejora requeridos evaluando la eficacia de las acciones tomadas
	• Realizar seguimiento mensual al resultado del indicador de reingresos y retro alimentar al personal para formular acciones de mejora

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≤0.03	≤0.03	≤0.03	≤0.03
Línea Base	0.026			

7.2.3.6 Indicador No. 26: **"Tiempo Promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina General"**

Este indicador Evalúa la oportunidad en la que se asigna citas en la institución. El soporte de ésta indicador es la ficha técnica del reporte de la información del Decreto 2193 de 2004, específicamente en lo relacionado con la Resolución 256 de 2016, que, para el caso de la ESE Rafael Tovar Poveda, muestra el siguiente resultado para la vigencia 2023:

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)		
Variable	2022	2023
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	19,932	15,952
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,531	0,15
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	2,095	2,642
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,021	0,026
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,432	0,358



Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	0,568	0,355
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,689	1,717
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,424	1,447
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	1,113	1,574
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general		
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	0,196	0,101
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,967	0,978

Fuente: Plataforma SIHO reporte Información Decreto 2193 de 2004

INDICADOR No. 26	Tiempo promedio en la asignación de cita de Medicina General.
FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la cual 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 /Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Para este indicador la ESE tomo como referencia los informes que son remitidos a las EPS y EAPB, los informes de calidad efectuados con base en el Decreto 2193, los resultados de las auditorías internas realizadas por la ESE y las PQRS generadas por los usuarios de los servicios. La oportunidad promedio en la atención de consulta médica general para la vigencia 2023 fue de 0,358 días, calculado de acuerdo con el indicador gracias a que se garantiza el sistema de agenda abierta para asignación de citas en todas las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda.
ACCIONES PLANTEADAS	Garantizar las agendas abiertas según la normatividad y hacerles el seguimiento respectivo



	• Revisar y optimizar las agendas diarias y evaluar la utilización de la capacidad instalada de la Institución, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio
	• Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta médica
	• Fortalecer la consulta ambulatoria por medio de atención de los equipos APS según protocolos establecidos.
	• Implementar el servicio del de Call Center u otra estrategia para mejorar la accesibilidad al servicio médico
	• Mantener la oportunidad de consulta de medicina general por debajo de los 3 días

ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA DEL PLAN DE GESTION			
	2024	2025	2026	2027
Proyección Calificación	≤3	≤3	≤3	≤3
Línea Base	0,358			

7.1.3 Fase de Aprobación

La fase de aprobación, consiste en el estudio, análisis y observación por parte de la Junta Directiva y posterior aprobación mediante Acuerdo en los términos que establece el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

El Plan de Gestión Gerencial de la Empresa Social del Estado **Rafael Tovar Poveda**, para el periodo **2024-2028**, formulado según la metodología definida en la Resolución 710 de marzo 30 de 2012, 0743 de marzo 15 de 2013 y 408 de febrero de 2018 y sus anexos técnicos, se presenta formalmente a la Junta Directiva para revisión, análisis y aprobación. El acto administrativo de aprobación le corresponde a la Junta Directiva de la ESE.

El procedimiento de aprobación se cumplirá de acuerdo a lo previsto en el artículo **73 de la Ley 1438 de 2011**. "Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del Plan de Gestión Gerencial se deberá seguir el siguiente procedimiento:



73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

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

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá como aprobado.

7.1.4 Fase de Ejecución

Una vez aprobado el Plan de Gestión Gerencia de la Empresa Social del Estado **Rafael Tovar Poveda** para el período **2004-2008**, se direccionará su ejecución desde la Gerencia con la participación directa de las unidades funcionales y quipos de trabajo en todos los niveles y áreas. El despliegue del Plan de Gestión a todas las áreas y unidades funcionales de la Institución, será en forma de planes de acción con la asignación de responsabilidades por competencias.

El seguimiento periódico a la ejecución de las actividades programadas en los planes de acción, deberán contar con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad, cumplimiento, resultados y/o ajustes a que haya lugar.

La Ejecución del Plan de Gestión Gerenciales es una responsabilidad que se comparte a través de compromisos de funcionarios y demás colaboradores frente al sostenimiento y mejoramiento Institucional, lo cual reflejará la satisfacción de los usuarios y sus familias.



7.1.5 Fase de Evaluación

El Gerente de la ESE **Rafael Tovar Poveda**, deberá presentar a la Junta Directiva un Informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar hasta el 1º de abril de cada año. El informe anual de gestión presentado por el Gerente deberá contener un comparativo de los metas de gestión proyectadas para los indicadores incluidos en el Plan de Gestión Gerencial aprobado por la Junta Directiva y los resultados obtenidos en el periodo. Deberá igualmente Incluir el informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

La Evaluación del Plan de Gestión se adelantará conforme al procedimiento definido en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011, o norma que lo sustituya. "Artículo **74**. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de

cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal



de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

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

Para la evaluación del presente Plan de Gestión Gerencial se aplicarán los instrumentos definidos por la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 en el Anexo 3, que deroga el anexo 3 establecido en la Resolución 743 de 2013- Instructivo para Calificación, Anexo 4, establecido en la Resolución 408 de 2018 y que deroga el anexo 4 establecido en la Resolución 743 de 2013- Matriz de calificación y Anexo No. 5 de la Resolución 710 de 2012- Escala de resultados, estos instrumentos relacionados se adoptarán en el presente plan de gestión.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del Director o Gerente, podrá designarse secretario ad hoc, en el caso en que el secretario sea el Director o Gerente de la entidad.

A continuación, se presentan el Instructivo de Calificación (anexo 3), la matriz de calificación (anexo 4), y la escala de resultados (anexo 5), para el procedimiento de evaluación.

ANEXO No. 3

Instructivo para Calificación

ÁREA GESTIÓN	No.	TIPO ESE	INDICADOR	CALIFICACIÓN DEL RESULTADO O VARIACIÓN OBSERVADA EN EL PERÍODO EVALUADO
-----------------	-----	----------	-----------	--



DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Califique con Cero (0) Si obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (Indicador menor que 1.0) La ESE no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplican	Califique con Uno (1) Si el resultado de la comparación está entre 1,00 y 1,10	Califique con Tres (3) Si el resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19	Califique con Cinco (5) Si el resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en Salud	Califique con Cero (0) Si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50, ó si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de Mejoramiento Continuo.	Califique con Uno (1) Si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3) Si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5) Si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual a 0,90
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Califique con Cero (0) Si el resultado arrojó un valor menor o igual a 0,50, ó si la ESE no cuenta con un plan operativo anual.	Califique con Uno (1) Si el resultado arrojó un valor entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3) Si el resultado arrojó un valor entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5) Si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual a 0,90
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	NIVEL I, II Y III	Riesgo fiscal y financiero.	Califique con Cero (0) Si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y no fue adoptado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.			Califique con Cinco (5) Si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos previstos por la normatividad vigente
	5	NIVEL I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	Califique con Cero (0) Si el indicador arroja un valor mayor que 1,10	Califique con Uno (1) Si el indicador arroja un valor entre 1,0 y 1,10	Califique con Tres (3) Si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99	Califique con Cinco (5) Si el indicador arroja un valor menor que 0,90
	6	NIVEL I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de ESE. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Califique con Cero (0) Si el indicador arroja un valor menor de 0,30	Califique con uno (1) Si el indicador arroja un valor entre 0,31 y 0,50	Califique con tres (3) Si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,70	Califique con Cinco (5) Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0,70.
	7	NIVEL I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Califique con cero (0) Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva	Califique con uno (1) Si durante la vigencia evaluada de la ESE registra deuda y la variación interanual, arroja valor cero (0).	Califique con tres (3) si durante la vigencia evaluada de la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa.	Califique con cinco (5) si durante la vigencia evaluada de la ESE registra deuda cero.
	8	NIVEL I, II Y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones-RIPS	Califique con cero (0) Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad un informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS o no presentó informe.	Califique con uno (1) Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad dos informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.	Califique con tres (3) Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad tres informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.	Califique con cinco (5) Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad cuatro informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.
	9	NIVEL I, II Y III	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Califique con cero (0) Si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con uno (1) Si el indicador arroja un valor entre 0,81 y 0,90.	Califique con tres (3) Si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99.	Califique con cinco (5) Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1.
	10	NIVEL I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.			Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya



	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Califique con Cero (0) Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE no presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Califique con Cero (0) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,35	Califique con Uno (1) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,35 y 0,60	Califique con Tres (3) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,61 y 0,84	Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,85
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	Califique Cero (0) Si en la vigencia se presentó uno o más casos de Sífilis congénita en la población atendida.			Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada NO se registraron caso de Sífilis Congénita en la población atendida.
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Califique con Cero (0) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,50	Califique con Uno (1) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,50 y 0,70	Califique con Tres (3) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Califique con Cero (0) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30	Califique con Uno (1) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55	Califique con Tres (3) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79	Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80
	25	Nivel I	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Califique con Cero (0) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado mayor de 0,10.	Califique con Uno (1) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,06 y 0,09	Califique con Tres (3) Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,031 y 0,059	Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 0,03
	26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Califique con Cero (0) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 6 días.	Califique con Uno (1) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado igual a 5 días.	Califique con Tres (3) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado igual a 4 días.	Califique con Cinco (5) Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 3 días.

ANEXO No. 4 Matriz para Calificación

ÁREA GESTIÓN	NO.	TIPO ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1.20			0.05	



Financiera y Administrativa 40%	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en Salud	0.96			0.05	
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0.91			0.10	
	4	Nivel I, II y III	Riesgo fiscal y financiero.	N/A			N/A	
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	0.99			0.05	
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de ESE. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	0			0.05	
	7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0			0.05	
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones-RIPS	4			0.05	
	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.86			0.05	
	10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO CUMPLE			0.05	
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016-Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	CUMPLE			0.05	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0.73			0.08	
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 casos			0.08	
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	0.91			0.07	



24	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.80			0.06	
25	Nivel I	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	0.03			0.05	
26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	0.36			0.06	

ANEXO No. 5

Instructivo de Diligenciamiento Matriz Calificación

Línea de base: Resultado de la aplicación de la fórmula del indicador (columna e del anexo No. 2, sobre la situación a 31 de diciembre de la vigencia anterior a la fecha de presentación del Plan de Gestión.

Resultado del Periodo Evaluado: Columna j del anexo No. 4 donde se debe registrar el resultado del indicador específico, utilizando la fórmula contenida en la columna e del anexo No. 2. Cada resultado se deberá soportar, como mínimo, con las fuentes de información definidas en la columna g del anexo No. 2.

Calificación: Se deberá calificar el resultado aplicando el instructivo para la calificación definida en el anexo No. 3, columna h, registrando el valor de la calificación en número enteros (0, 1, 3 o 5)

Ponderación: Corresponde al factor establecido en la columna l del anexo No. 4

Resultado de la Ponderación: Corresponde al resultado de la multiplicación de la calificación obtenida anteriormente, columna k, por el factor de ponderación, columna l,

Sumatoria de la Calificación: Corresponde a la sumatoria de los resultados de la ponderación de cada uno de los indicadores aplicables a la entidad, obtenidos en el numeral anterior en la columna l.



Rango calificación (0,0 -5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

MARLIO ANDRES POSADA MUÑOZ

Gerente ESE Rafael Tovar Poveda

BIBLIOGRAFIA

RESOLUCION 408 DE 2018: Metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Ministerio de Salud y Protección Social.

RESOLUCION 743 DE 20183: Metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Ministerio de Salud y Protección Social.

RESOLUCION 710 DE 2028: Metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Ministerio de Salud y Protección Social.