

ACUERDO N.º 008 DE 2024
(30 de mayo de 2024)

**POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DEL SOCORRO, DR. ROBINSON
SARMIENTO GARCÍA 2024-2027.**

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las conferidas por el Decreto 00436 expedido por la Gobernación de Santander el día 12 de Diciembre del año 2007 y,

CONSIDERANDO:

Que la **E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN** tiene por objeto la prestación de servicios de salud de alta calidad, apoyados en un talento humano idóneo, vocación académica, infraestructura física y tecnológica; que garantiza la atención en la baja, mediana y alta complejidad, entendidos como un servicio público de orden Departamental y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, acorde con lo consagrado en la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios y el Decreto 0098 de 1995 emanado de la Gobernación de Santander.

Que la Ley 1438 del día 19 de enero del año 2011, expedida por el Gobierno Nacional *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*, en su Artículo 72. Sobre la elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales, establece: (...) *La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado(...)*

Que la Resolución 710 del año 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, *“Por medio del 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”*.

Que en el Anexo 1 de la Resolución anteriormente mencionada *“Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden Territorial”*, en la fase de aprobación se indica que *(...) La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el plan de gestión mediante acuerdo de la junta directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan (...)*

Que la Resolución 408 del año 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”*, se sustituyen los anexos 2, 3, y 4 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

Que el Dr. ROBINSON SARMIENTO GARCIA, fue nombrado mediante Decreto No. 374 de fecha 22 de Marzo del año 2024, y Acta de posesión No. 015 del 01 de Abril del año 2024 en calidad de Gerente de la E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN.

Que el 14 de mayo de 2024, en cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias, encontrándose dentro del término legal, la Gerencia radicó ante la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, el proyecto del Plan de Gestión 2024-2027, denominado *“ES TIEMPO DE LA SOSTENIBILIDAD Y SERVIR A SANTANDER”*

Que en sesión de Junta Directiva Ordinaria efectuada el 30 de mayo de 2024, se le dio aprobación al Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán para el periodo 2024-2027.

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el “Plan de Gestión del Dr. Robinson Sarmiento García, Gerente de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán para las vigencias 2024-2027. El cual fue presentado por la Gerencia ante la Junta Directiva el 14 de mayo de 2024.

ARTÍCULO SEGUNDO: Se incorpora el contenido del Plan de Gestión, el cual hace parte integral del presente Proyecto de Acuerdo de Junta Directiva, así:

PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

“Es tiempo de la Sostenibilidad y Servir a Santander”

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
SOCORRO - SANTANDER**

Presentado por:
**DR. ROBINSON SARMIENTO GARCÍA
GERENTE**

SOCORRO- SANTANDER

Página 3 de 50

2024

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE
GENERAL (R) JUVENAL DÍAZ MATEUS

PRESIDENTE DELEGADA
DRA. JOHANNA ALEJANDRA OTERO WANDURRAGA

SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
EDWIN ANTONIO PRADA RAMÍREZ

REPRESENTANTE DEL SECTOR CIENTIFICO INTERNO
JEFE LUZ EMILCE ESPINOZA SÁNCHEZ

REPRESENTANTE DEL SECTOR CIENTIFICO EXTERNO
DR. FERNANDO URIBE MONSALVE

**REPRESENTANTE DE LAS ALIANZAS O ASOCIACIÓN DE
USUARIOS**
SR. HERNANDO ACOSTA SUAREZ

Página 4 de 50

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N°9-53 Conmutador (607) 6852880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
hospitalhmsocorro@gmail.com
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Código Postal No 683551
Socorro-Santander-Colombia

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Ley 100 de 1993 y el Decreto 1876 de 1994, crean las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Por ello, estas empresas cuyo papel es cumplir el objeto social del Estado, materializando la prestación de los servicios de salud en su nivel de atención, con dos regímenes disímiles en su contexto, pero complementarios y solidarios en el fondo; que fundamentalmente tienen la obligación prioritaria de atender el subsidio a la demanda de la provincia comunera como referente de atención de Tercer Nivel de complejidad; lo cual debe permitir unas mejores coberturas y mejoramiento de la calidad del servicio, con el fin de garantizar los derechos de las personas para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana de cada una de las zonas de influencia o área social donde opera **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN**; como IPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector, es el competente para evaluar a todos los actores que operan el sistema general de seguridad Social en Salud, a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar, de conformidad con el artículo 2 de la Ley 1122 de 2007.

En cuanto a las Empresas Sociales del Estado, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

Las estructuras más efectivas y rentables de los hospitales del futuro; se dirigen a tener un pequeño núcleo de empleados fijos que protegen las ventajas competitivas de prestar los servicios de salud como la buena contratación, facturación, liquidez, Sostenibilidad, calidad y calidez humana.

El usuario de salud es el foco central de la Facturación y de la Sostenibilidad, ya que son la Razón de ser y lo más importante para nuestra Empresa Social del Estado; No dependen de nosotros; nosotros dependemos de ellos. No interrumpen nuestro trabajo, ellos son el propósito de él.

El literal D; del artículo 3 del decreto 4747 de diciembre 7 de 2007, regula algunos aspectos entre los prestadores y administradores del aseguramiento, establece como Modelo de atención el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud.

El artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, exige a los actuales gerentes de las Empresas Sociales del Estado, la presentación a la Junta Directiva de un Plan de Gestión, con treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión como Gerente, prepararlo en los contextos de la gestión gerencial y estratégica, gestión de la prestación de los servicios de salud y la gestión administrativa.

Que conforme a la norma anteriormente citada, el plan de gestión para ser ejecutado por el Gerente de la **Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán**, deberá diseñarse, ajustarse y evaluarse atendiendo la metodología e indicadores que defina el Ministerio de la Protección Social; procesos que fueron estructurados por la Resolución 473 de Febrero 13 de 2008, norma que fue derogada y remplazada por la **Resolución 710 del 30 de Marzo de 2012**,

posteriormente modificada por la **Resolución 743 del 15 de Marzo de 2013** y por ultimo modificada por la **Resolución 408 del 15 de febrero de 2018** 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 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”*, las cuales fueron tenidas en cuenta en la elaboración del presente Plan de Gestión.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas en el componente estratégico de la entidad, los principios y valores corporativos, enfoque y políticas institucionales, y además, está ideado para dar cumplimiento a las Políticas Nacionales en salud basadas en la Oportunidad, Accesibilidad, Calidad y Eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

A continuación, se presenta, ante los honorables miembros de la Junta Directiva, el Plan de Gestión para la **E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán** del Socorro Santander para el período comprendido entre el 2024- 2027, para que sea estudiado, analizado y cumpla la fase de aprobación en los términos establecidos en el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

DR. ROBINSON SARMIENTO GARCÍA
GERENTE E.S.E.

DIAGNOSTICO

IDENTIFICACIÓN DE LA E.S.E.

La **Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán** del Socorro Santander, está regida por el Sistema Nacional de Seguridad Social, presta servicios a las comunidades en el tercer nivel de atención, como entidad Centralizada del orden Departamental, con autonomía, patrimonio independiente y personería jurídica.

La creación de la **Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán** del Socorro Santander como ente centralizado se llevó a cabo mediante el **Decreto de Creación 436 de 12 de diciembre de 2007**, emanado de la Gobernación de Santander. En el mencionado Acuerdo se definieron el objeto de la empresa, los objetivos de la misma, la definición de su patrimonio y se fijó su estructura básica, entre los aspectos más importantes.

Desde su creación el enfoque de direccionamiento se ha basado en la utilización óptima de los recursos y la sostenibilidad en un proceso de planeación presupuestal que prioriza las actividades económicas y financieras, hacia el cumplimiento de la misión de la entidad.

Los servicios que presta la E.S.E son de alta calidad ya que cuentan con los recursos técnicos, científicos, humanos, financieros para brindar la prestación como lo establece la política Nacional de Prestación de Servicios de Salud acorde con nuestro nivel de complejidad.

Los Usuarios de la E.S.E son afiliados al Sistema General de Seguridad Social, Población extranjera, regímenes especiales y particulares que hacen parte de todo el sur de Santander a los cuales se les presta el servicio incluyente y de forma participativa.

Generalidades del Municipio

División Político-Administrativa

El área urbana del Municipio está conformada por 52 barrios legalmente constituidos y alrededor de 20 que son recientes y están en proceso de legalización y el área rural se divide en 22 veredas, reconocidas por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Área Urbana: 16 de marzo, Acacias, Álamos, Aguas Blancas, Altos de la Floresta, Antonia Santos, bella vista, bicentenario, bicentenario V etapa, casa loma, Chiquinquirá, comuneros, convento, diamante, el bosque, el rincón del virrey, Fátima, José a. morales, José Antonio galán, la esmeralda, la floresta, la Jaboncilla, la libertad, la presentación, la rosita, las colinas, los cristales, los pinos, manuela Beltrán, monasterio, naranjito, nueva feria, portal del saravita, primero de mayo, pueblito viejo, san Rafael, san Victorino, santa bárbara, santa Inés, terrazas, universitario, villa luz, villa madrigal, villa paula, villas del prado, villas del socorro, centro, palmar campestre, los cedros, los castaños, la colombiana, puerta de golpe y veredas que son: alto de chochos, alto de la cruz, alto de reinas, árbol solo, Baraya, bariri, bosque, buena vista, caraota, Chancón, hoya de san José, la culebra, la honda, Líbano, luchadero, morros, naranjal, quebradas, el rincón, san Lorenzo, tamacara y verdín

Límites del Municipio

Norte: Cabrera y Pinchote.

Sur: Confines y Palmas del Socorro.

Oriente: Páramo.

Occidente: Simacota y Palmar

Extensión Total

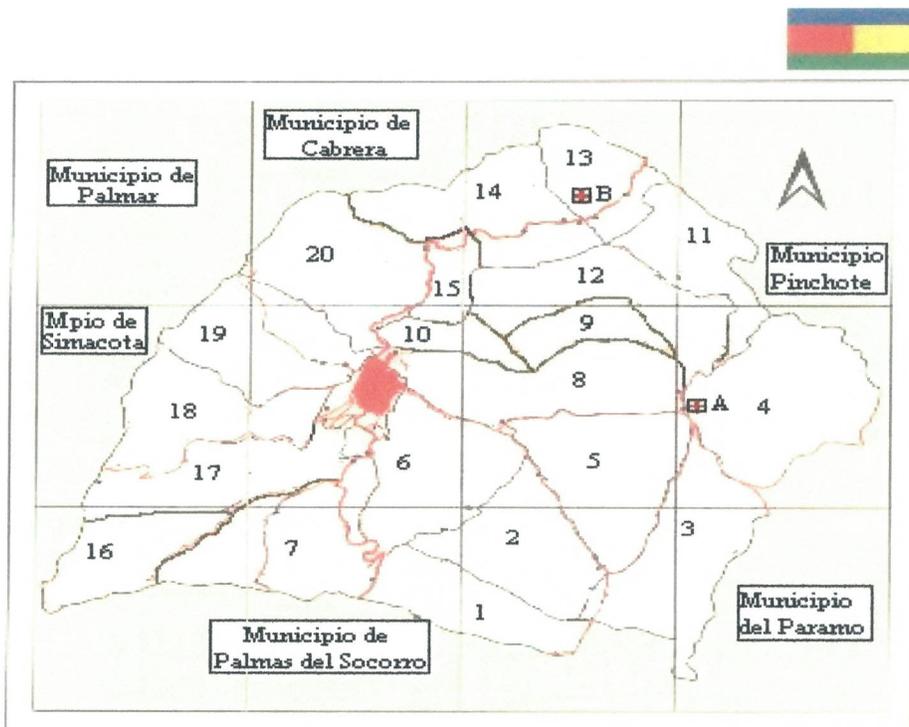
Según el IGAC el municipio de Socorro tiene una extensión de 131 Km², no obstante, la documentación del municipio (Tabla 1) refiere una extensión de 122,1 km², distribuidos en su mayoría en el área rural (119,9 km²).

Distribución del municipio de Socorro por extensión territorial y área de residencia, 2022.

	Extensión Urbana		Extensión rural		Extensión total	
	extensión	Porcentaje	extensión	Porcentaje	extensión	Porcentaje
Socorro	2.195 km	1,79%	119,9 km	98,202%	122.1 Km	0,4%

Fuente: Planeación Municipal

División política administrativa y límites, municipio de Socorro 2022



Localización geográfica del Municipio del Socorro, Santander

Accesibilidad geográfica

Dentro de las vías áreas se tiene el aeropuerto Los Comuneros de Socorro, el cual no se encuentra en funcionamiento. Vías fluviales no hay por cuanto los ríos de esta región no son navegables, aunque actualmente se usan para practicar deportes extremos como el canotaje.

Dentro de las Vías terrestres están:

Vías nacionales

La carretera Central (Nacional) que une a la capital del país con Santander, la Costa Atlántica y Norte de Santander se encuentran en buen estado, además de la seguridad que se viven por esta región.

Vías intermunicipales

Las vías que se presentan en la Tabla 3 permiten dar al municipio otras alternativas de acceso. La mayoría se encuentra destapada. Por otro lado, en la Tabla 3 se presenta el Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos. Por la Troncal Central se comunica con La Capital del País a 380 km y con La Capital del Departamento a 121 km; los Municipios más cercanos son San Gil a 17 km y Oiba a 23 km. Además de los anteriores, los Municipios de la Provincia Comunera más próximos son Palmas del Socorro a 7 km, Confines a 17 Km, Palmar a 29 Km y Paramo a 22 Km. En el mapa 5 se observan las principales vías del municipio de Socorro.

Estado de las vías intermunicipales del municipio de Socorro, 2023

Vía	Estado
Socorro - Palmas del Socorro	Pavimentado
Socorro – Simacota - Santa Helena del Opón	Pavimentada hasta Simacota
Berlín - Galán- Zapatoca	Destapada en buen estado
Socorro – Hato	Destapada en buen estado
Socorro – Paramo	Destapada buen estado
Socorro - San Gil	Pavimentada
La Y- el Oratorio- Pozo Azul-Embalse Aquilitas	Destapada
Socorro- Puente Comuneros	Destapada
Berlín - Puente Sardinas	Destapada
Socorro - Las Juntas	Destapada

Fuente: Oficina de Planeación Alcaldía Municipal Socorro

Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Socorro hacia los municipios vecinos, 2023

Municipio	Municipio vecino	Tiempo de traslado entre el municipio y su municipio vecino*	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
					horas	minutos
Socorro	San Gil	25 minutos	17 km	Public	0	25
Socorro	Bucaramanga	240 minutos	121 km	Public	4	0
Socorro	Oiba	45 minutos	23 km	Public	0	45
Socorro	Bogotá D.C.	420 minutos	380 km	Public	7	00

Fuente: Oficina de Planeación Alcaldía Municipal Socorro

Tipo de transporte y distancia en kilómetros dentro del Municipio El Socorro, 2023

Vereda	Distancia en Kilómetros desde la vereda más alejada a la cabecera municipal	Tipo de transporte desde la vereda más alejada a la cabecera municipal
Alto De La	1,20	Particular: camionetas, camperos
Alto De	4,00	Particular: camionetas, camperos
Arbol solo	7,10	Particular: camionetas, camperos
Baraya	10,50	Particular: camionetas, camperos
Bariri	5,60	Público: camionetas, busetas
Buenvista	6,50	Particular: camionetas, camperos
Caraota	3,90	Particular: camionetas, camperos
Chanchon	3,40	Particular: camionetas, camperos
Chochos	5,60	Particular: camionetas, camperos
El Bosque	9,50	Particular: camionetas, camperos
El Libano	1,90	Particular: camionetas, camperos
El Rincon	6,30	Público Camionetas, busetas
Hoya De	9,30	Particular: Camionetas y camperos
La Culebra	3,90	Público Camionetas, camperos, busetas,
La Honda	4,00	Público: Camionetas y camperos
Luchadero	6,70	Público: Camionetas, camperos, taxis,
Morros	5,40	Particular: Camionetas y camperos
Naranjal	5,00	Particular: Camionetas y camperos
Quebradas	2,70	Público: Camionetas camperos, taxis,
San	1,00	Particular: Camionetas y camperos
Tamacara	5,20	Público: Camionetas y camperos
Verdín	6,80	Público: Camionetas y camperos

CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Población total

De acuerdo con las proyecciones de población registrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) durante el año 2023, el municipio cuenta con 35604 habitantes (Hombres 16701 con un 46,91% y Mujeres 18.903 (53.09%)) y para el año 2023 se estima un crecimiento de la población total del municipio en un 10% de habitantes comparado con 2018

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado)

Según proyecciones del DANE a 2023 el 83,2% de la población total del municipio de Socorro vive en el área urbana y el 16,8 % en zonas rurales, con una densidad poblacional promedio de 271 personas por Km2.

Población por área de residencia urbano/rural

La población del Municipio de Socorro en su gran mayoría es urbana. El porcentaje de habitantes del área urbana aumento 4,1 puntos porcentuales al comparar el 2005 (79,1%) y el 2022 (83.2%). De acuerdo con la población proyectada a 2023, 29620 personas habitaban en la zona urbana del municipio y 5.984 lo hacían en la zona rural.

Población por área de residencia del municipio de Socorro, 2023

MUNICIPIO	POBLACION CABECERA MUNICIPAL		POBLACION AREA RURAL		POBLACION TOTAL	GRADO DE URBANIZACION
	POBLACION	PORCENTAJE	POBLACION	PORCENTAJE		
SOCORRO	29620	83,2	5.984	16.8	35604	4,9

Fuentes: DANE y Cálculos DNP-DDTS.

Población por ciclo vital

Se observa un descenso en los grupos de primera infancia, infancia en el año 2023 con relación al año 2018, se espera un ascenso para el año 2025. En los tres años estudiados el ciclo vital de adultez presenta la mayor proporción (58,4, 43,84, 42,58 respectivamente, con respecto a los demás grupos).

Proporción de la población por ciclo vital, del municipio de Socorro 2018, 2023, 2025.

Ciclo Vital	2018		2023		2025	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0-5 años)	2.848	8,9	2.400	6,74	2.820	7,79
Infancia (6-11)	3.197	9,9	2.862	8,04	2.839	7,84
Adolescencia (12 a 18 años)	3.761	11,7	3.800	10,67	3.613	9,98
Juventud (14-26)	7.360	22,9	7.527	21,14	6.925	19,13
Adultez (27-59)	18.783	58,4	15.608	43,84	15.415	42,58
Adulto mayor (>60años)	4.879	15,2	6.216	17,46	6.520	18,01
Total Municipio	32.158	100	35.604	100	36.199	100

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, proyecciones de población 2018 – 2025

Modelo de Atención en Salud

De conformidad con el Sistema General de Seguridad Social en Salud planteado en la Ley 100 de 1993, modificado por la ley 1122 de 2007 y reformado por la Ley 1438 de 2011, nuestro modelo de atención combina el paradigma biomédico con el paradigma biopsicosocial, buscando abordar el riesgo con estrategia de atención primaria en salud.

Desde la metodología del Plan de Gestión que presento, es fundamental proveer de herramientas para la toma de decisiones y contribuir a articular las prioridades epidemiológicas con la realidad del aseguramiento en lo misional a nuestro cargo; a fin de seleccionar la mejor opción para la asignación de los recursos disponibles.

El presente Plan de Gestión pretende coadyuvar en la solución de los determinantes sociales de la salud anotados en todo el sur del Departamento de Santander; lo que nos compromete como ESE, a ser productivos, competitivos y rentables económica, Sostenibles, social y ambiental; de tal manera que nos permita ser viables en los procesos financieros, contables, presupuestales, pero sobre todo, la relación costo / beneficio de la prestación de los servicios asistenciales; mediante una acertada contratación, una adecuada facturación, un aumento en nuestro portafolio de servicios evidenciándose una mayor venta de servicio y un óptimo recaudo de lo facturado en la prestación de los servicios que brinda nuestra institución.

DIMENSIÓN INTERNA - INSTITUCIONAL

ENFOQUE GERENCIAL

Misión institucional:

La ESE Hospital Manuela Beltrán del Socorro Referente para el Sur de Santander, presta servicios de salud de alta calidad, apoyados en un talento humano idóneo, vocación académica, infraestructura física y tecnológica; que garantiza la atención en la baja, media y alta complejidad para la nuestros usuarios, sus familias y la comunidad en general, orientados hacia una atención Humanizada incluyente y participativa.

Visión institucional:

La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán para el año 2027, será reconocida como el Centro de Referencia del sur de Santander en la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, con un compromiso ético y practicas sostenibles, que impacten de forma Efectiva la Salud de la población de la Región con la implementación de estándares superiores de Calidad para lograr experiencias positivas en nuestros usuarios, colaboradores y demás actores del sistema de salud.

VALORES INSTITUCIONALES: La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro Santander debe propender por el cumplimiento de los valores institucionales, con el fin de que todos los miembros de la Entidad adopten y vivan en armonía, contribuyendo con el desarrollo de la misma, por esta razón la ESE procede a establecer los siguientes:

VALOR	DEFINICION
CALIDAD Y SEGURIDAD	Priorizaremos la seguridad del paciente evitando errores médicos, garantizando una atención con calidad en la promoción de practicas seguras en la higiene y la esterilización de los ambientes hospitalarios.
EMPATIA	Estaremos comprometidos en reconocer las necesidades del usuario y su familia, escucharemos sus preocupaciones y garantiremos una explicación clara y entendible en los procedimientos de manera comprensible vinculando de forma activa la participación del usuario en la toma de decisiones.
ÉTICA E INTEGRIDAD	Actuaremos con honestidad y transparencia en la información al usuario sobre costos, riesgos y alternativas de tratamiento; Garantizando el acceso y oportunidad a la atención medica sin discriminación y con igualdad de oportunidades.
TRABAJO EN EQUIPO	Trabajaremos en conjunto para brindar una atención integral y coordinada, que permitirá la comunicación abierta y el respeto mutuo entre todos los colaboradores de la ESE.
SOSTENIBILIDAD	Generaremos una conciencia en los impactos ambientales y sociales de manera responsable, eficiente y comprometida en la prestación de los servicios que ofrece la ESE a nuestros usuarios del Sur de Santander.

Objetivos Estratégicos: La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro Santander, será el encargado de desarrollar los objetivos estratégicos con el fin de reforzar a largo plazo, la posición de la Entidad en un mercado específico, que a su vez le permitan cumplir con su misión y que apoyado en los valores logre alcanzar la inspirada visión Institucional, para ello, se han definido los objetivos estratégicos, de la E.S.E.

OBJETIVO ESTRATEGICO	
PERSPECTIVA	OBJETIVO
ENTORNO	1. OFRECER A CADA UNO LOS ACTORES DE NUESTRO ENTORNO, LA MAYOR SATISFACCIÓN, SEGURIDAD Y CONFIABILIDAD EN LA PRESTACIÓN DE NUESTROS SERVICIOS DE SALUD
CLIENTE	2. PRESTAR SERVICIOS CON CALIDAD PARA MINIMIZAR LOS ERRORES MÉDICOS Y EVENTOS ADVERSOS; GARANTIZANDO UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
PROCESOS	3. IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA, BASADO EN LAS MEJORES PRÁCTICAS SEGURAS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LA ALTA DIRECCIÓN ENCAMINADOS HACIA LA EXCELENCIA INSTITUCIONAL.
FINANCIERO	4. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LOGRAR MEJORAR LA EFICIENCIA EN EL RECAUDO DE LOS RECURSOS POR VENTA DE SERVICIOS. GARANTIZANDO LA UNIDAD DE VALOR (ADMISIÓN-FACTURACIÓN-RADICACIÓN-CARTERA-RECAUDO)
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	5. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA MANTENER PROFESIONALES DE LA SALUD ALTAMENTE CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS CON LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN, FOMENTANDO UNA CULTURA DE APRENDIZAJE CONTINUO Y COMPETITIVOS CON UN CLIMA LABORAL POSITIVO.
RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	6. REDUCIR EL IMPACTO AMBIENTAL DE LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE LA GESTIÓN EFICIENTE DE RESIDUOS, EL AHORRO DE ENERGÍA Y LA ADOPCIÓN DE TECNOLOGÍAS LIMPIAS.

ESTRUCTURA ORGANICA DE LA ENTIDAD



ENFOQUE DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD

La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro Santander dentro de su proceso de mejoramiento continuo se definieron 19 procesos institucionales; donde su articulación con el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC, se enfoca en poder ofrecerle al usuario y su familia experiencias positivas en la humanización de los servicios de salud que presta la ESE, para ello ha logrado dar cumplimiento a los componentes del SOGC:

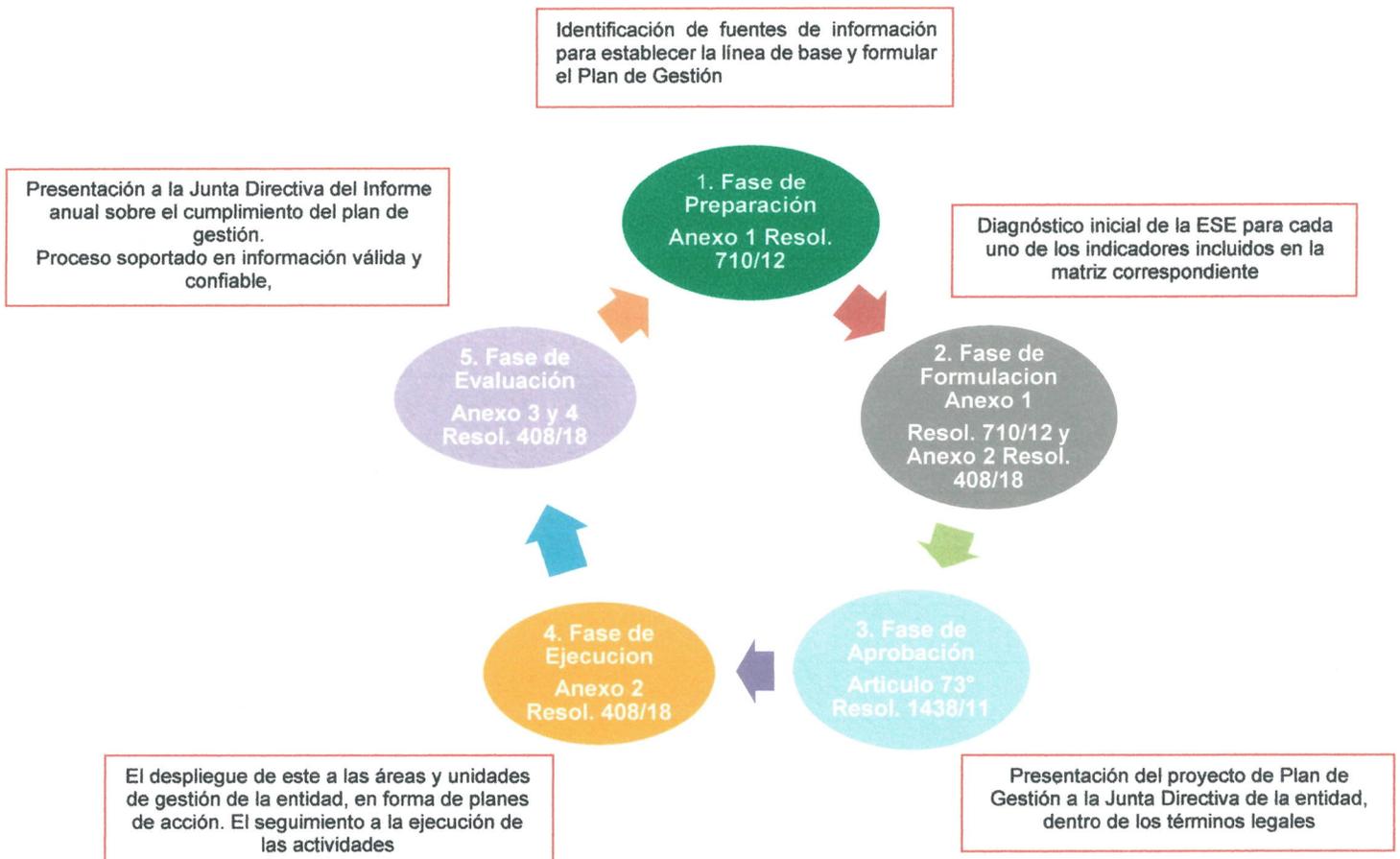
- ✚ **Sistema Único de Habilitación (SUH)**
- ✚ **Sistema Único de Acreditación (SUA)**
- ✚ **Programa de Auditoria Para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC)**
- ✚ **Sistema de Información de la Calidad (SIC)**
- ✚ **Eje Transversal al SOGC: Seguridad del Paciente**

GENERALIDADES PLAN DE GESTION

.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer un horizonte hacia el cual enfilar todos los esfuerzos institucionales, en los aspectos de planeación, gestión clínica y desarrollo administrativo y financiero, enmarcados en los indicadores de la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 y actualización de la resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección social, como herramienta fundamental para la evaluación de la gestión gerencial en el periodo institucional del gerente de la ESE

CICLO DEL PLAN



- **LINEAS DEL PLAN DE GESTIÓN**



- **ROLES EN EL PLAN DE GESTION**

- .1. JUNTA DIRECTIVA**

- Analizar el proyecto de Plan de Gestión, presentado por el Gerente o director
- Aprobar el Proyecto y convertirlo en Plan de Gestión para ejecución durante el periodo para el cual fue nombrado el Gerente o director, con o sin ajustes propios de la Junta
- Resolver las Observaciones realizadas por el Gerente o director de la ESE, al Plan de gestión aprobado por la Junta, si hay lugar a ello.

- .2. GERENTE**

- Preparar el Plan de gestión que pretende ejecutar en el periodo para el cual fue nombrado
- Presentar y sustentar el Proyecto de Plan de Gestión de la ESE, a la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la ley.
- Realizar Observaciones al Plan de Gestión de la ESE aprobado por la Junta Directiva, si lo considera conveniente
- Implementar el Plan de Gestión de la ESE, por su propia iniciativa, si durante el término establecido por la Ley, la Junta directiva no lo aprobó.
- Realizar la programación anual de las metas de gestión y resultados contenidos en el Plan aprobado por la Junta Directiva.

Página 22 de 50

- Ejecutar el Plan de gestión de la ESE durante el periodo para el cual fue nombrado.
- Preparar el Informe anual de Gestión sobre la ejecución del Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Presentar y sustentar ante la Junta Directiva, el Informe anual de gestión dentro de los términos establecidos en la ley.

.3. AREAS DE LA ESE

- Participar en la preparación y formulación del Plan de Gestión de la ESE.
- Participar en la ejecución del Plan, de acuerdo con la asignación de responsabilidades sobre las actividades específicas del mismo
- Participar en la evaluación del Plan Certificar datos e información específica de la Línea de base y de los resultados obtenidos en la ejecución del Plan.

.4. REVISOR FISCAL

- Certificar la información de los indicadores específicos señalados en la metodología adoptada por la Resolución 00710 de 2012, Resolución 743 de 2013, resolución 408 de 2018 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

.5. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL ARTICULO 73° LEY 1438 DEL 2011

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 paln de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología de defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2. La junta directiva de la respectiva Empresa Social de 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 aprobado.

COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN

Con la entrada en vigencia de la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social; y con su posterior modificación según la resolución 743 del 15 de Marzo de 2013 y resolución 408 del 15 de febrero de 2018, donde se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del presente Plan de Gestión; el cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán de Socorro Santander ante la Junta Directiva; dando a conocer las metas y resultados de gestión relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud; a través de las siguientes áreas de gestión:

- A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA**
- B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**
- C. ÁREA DE GESTIÓN: CLINICA O ASISTENCIAL**

DESCRIPCIÓN ANEXO 1 RESOLUCIÓN 710 DEL 2012

CONDICIONES Y METODOLOGÍA PARA LA PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL

El plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado se constituye en el documento que refleja **los compromisos** que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben contener, entre otros aspectos, **las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial y las metas**, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social, que sin ir en contravía de la planeación general de la empresa, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en la presente resolución.

DESCRIPCIÓN FICHA DE INDICADOR

INDICADOR XX					
<i>En este Apartado se Describirá el nombre y número del indicador en secuencia lógica como lo describe en el anexo 2 de la Resolución 408 del 2018</i>					
FORMULA					
<i>Se Describirá la formula del indicador en secuencia lógica como lo describe en el anexo 2 de la Resolución 408 del 2018</i>					
DIAGNOSTICO INICIAL					
<i>Hace referencia en lo Descrito en el anexo 1 de la resolución 710 del 2012, en la identificación de la situación actual de la ESE como línea base para cada indicador.</i>					
LINEA BASE	<i>Hace referencia a lo descrito en los resultados del indicador descritos en el anexo 2 de la resolución 408 del 2018</i>				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
		Periodos para la ejecución de las metas de Gestión	Periodos para la ejecución de las metas de Gestión	Periodos para la ejecución de las metas de Gestión	Periodos para la ejecución de las metas de Gestión
COMPROMISOS (ACTIVIADES Y ACCIONES)					
<i>Hace referencia donde se constituye en el documento que refleja los compromisos que el director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad para alcanzar los resultados de las metas de gestión</i>					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
<i>Hace referencia a la fuente de información descritos en la Resolución 408 del 2018 en el anexo 2</i>					

A. ÁREA DE GESTION DIRECCIÓN Y GERENCIA

Desde el inicio de la gestión se manifiesta el compromiso gerencial con el cumplimiento de cada uno de los subsistemas propios del Sistema Integrado de Gestión, en el cual se incluye acreditación, el Sistema de Desarrollo Administrativo y otros elementos de gestión fundamentales para la materialización de la misión de la institución.

En esta área de gestión se presentarán tres indicadores, relacionados con el mejoramiento de la calificación de la autoevaluación en la ruta de acreditación, el cumplimiento de los planes de mejora continua y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional, el cual engloba los dos elementos anteriores.

INDICADOR 1					
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior					
FORMULA					
$\frac{\text{Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada}}{\text{Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán para la vigencia 2023, obtuvo una calificación en promedio de 1,21 por todos los estándares del manual de acreditación, donde los esfuerzos fueron direccionados a mantener la certificación de la ISO 9001:2015, dando cumplimiento a los objetivos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.					
LINEA BASE		RESULTADO: $\frac{\text{Vigencia Actual}}{\text{Vigencia anterior}} = 1,2$			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o Igual a 1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cumplimiento Ruta Critica definida por la Oficina de mejoramiento de la Calidad de la secretaria de Salud Departamental, que comprende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Conformar equipos de lideres y realizar la autoevaluación teniendo en cuenta Resolución 5095 de 2018, de los estándares del manual de acreditación versión 3.1. 2. Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología de evaluación según resolución 2082 del 2014. 3. Realizar la calificación acorde a la hoja radar, según resolución 2082 de 2014 4. Definir las fortalezas de la institución e identificar las respectivas oportunidades de mejora. 5. Realizar la priorización de las oportunidades de mejora 6. Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados derivados de la autoevaluación. 7. Documentar Los planes de Acción por proceso arrojados de la priorización de las oportunidades de mejora. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Documento de autoevaluación que emite la oficina asesora de Calidad de la ESE HRMB					

INDICADOR 2					
Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud					
FORMULA					
$\frac{\text{Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas}}{\text{Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora}}$					
DIANOGSTICO INICIAL					
La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán obtuvo un cumplimiento de un 97% en la efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad, donde se generaron 4 seguimientos de forma trimestral, se ejecutaron 2 auditorías de forma semestral para lograr controlar el rendimiento en el desarrolla de las acciones programadas para la vigencia 2023.					
LINEA BASE	RESULTADO: $(\text{Acciones Ejecutadas} / \text{Acciones Programadas}) =$ 0,90				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o Igual a 0.90	0,90	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90	Mayor o igual 0,90
COMPROMISOS (ACTIVADES Y ACCIONES)					
❖ Conforme al documento de la ruta crítica en la formulación de las acciones del plan de mejoramiento que se construye en el indicador 1, se define: <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cronograma de auditoría y seguimiento a los planes de mejora 2. Monitorear los procedimientos, acciones y soportes que evidencien el cumplimiento de la ejecución del plan de mejora. 3. Identificar las posibles barreras o limitantes al cumplimiento al plan de mejora. 4. Realizar la retroalimentación sobre los hallazgos encontrados en la auditoria ejecutada a las áreas que involucran el desarrollo y ejecución del plan de mejora. 5. Emitir informe de resultados y recomendaciones para el cumplimiento del plan de mejora auditado 6. Evaluar el impacto de los resultados generados de las auditorías frente a los indicadores formulados en la ruta crítica para la vigencia correspondiente. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Certificación que emite la oficina asesora de Calidad de la ESE HRMB					

INDICADOR 3					
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.					
FORMULA					
$\frac{\text{Número de metas plan operativo anual cumplidas}}{\text{Número de Metas Plan Operativo anual Programadas}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán realizó un cumplimiento del 95% en las acciones programadas del plan de desarrollo, donde se programaron 63 acciones de las cuales 60 fueron ejecutadas de forma satisfactoria, siendo monitoreadas y evaluadas a través del comité institucional de Gestión y Desempeño					
LINEA BASE		RESULTADO: $(\text{Acciones Cumplidas} / \text{Acciones programadas}) = 0.90$			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o Igual a 0,90	0.90	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90	Mayor o igual a 0,90
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración del Plan de Desarrollo Institucional acorde con las necesidades de la Institución y de la comunidad en general. ❖ Socialización del Plan de Desarrollo Institucional ❖ Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades programadas para cada vigencia. ❖ Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando planes de mejora cuando se presenten resultados no deseados o desviaciones no previstas. ❖ Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a la Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe de responsable de apoyo de Control Interno					

B. ÁREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINSTRATIVA

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas.

Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE, incluye: talento humano, información, financieros y físicos (insumos, medicamentos y suministros en general); la infraestructura física y su mantenimiento y la gestión de la tecnología.

INDICADOR 4					
Riesgo Fiscal y Financiero					
FORMULA					
Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo.					
DIAGNOSTICO INICIAL					
Para el año 2023 según resolución 851 de 2023 del 30 de mayo del 2023, por lo cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado a nivel territorial para la vigencia 2023, lo cual la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán se encuentra sin Riesgo.					
LINEA BASE		RESULTADO: SIN RIESGO			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Continuar con el Fortalecimiento el recaudo mediante la implementación de la unidad de valor (Admisión, facturación, radicación, cartera y recaudo) ❖ Continuar con la depuración y conciliación de la cartera a fin de establecer información real y confiable. ❖ Aumentar la venta de servicios mediante convenios con aseguradores y clientes potenciales que garanticen la efectividad en el recaudo. ❖ Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto. ❖ Garantizar Gestión bajo conciliación, saneamiento y recaudo de cartera vencida que permita veracidad en los registros financieros de la ESE. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Resolución Super intendencia que categoriza el riesgo financiero de la ESE					

INDICADOR 5					
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producido					
FORMULA					
((Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. De UVR producidas en la vigencia)/(Gastos comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. de UVR producidas en la vigencia anterior))					
$\frac{\text{Gastos de funcionamiento + Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios}}{\text{UVR 202X}}$					
$\frac{\text{Gastos de Funcionamiento + Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios 202X}}{\text{UVR 202X}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
Para la vigencia 2023 que el resultado arrojado de la UVR fue de 1.07, lo que implica que no se logró cumplir con la línea base de menor a un 0,90					
TOTAL GASTOS POR UVR			RTA: Calculando a Precios Corrientes del 2023. = 0,90		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Menor de 0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar análisis constante de los costos frente a la producción y venta de servicios ❖ Realizar alianzas, unidades de negocios y contratación con proveedores y talento humano que permita la oferta ante los clientes potenciales en aras de ser competitivos frente al mercado ❖ Revisar la capacidad instalada vs producción. ❖ Seguimiento trimestral a la producción por servicios frente a la oferta y referencia 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Ficha Técnica de la Pagina web del SIHO del MSPS					

INDICADOR 6					
Proporción de medicamentos y Material Médico Quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de E.S.E. y/o mecanismos electrónicos.					
FORMULA					
$\frac{\text{Total compra de Medicamentos a COOPERATIVA} + \text{Total Compra de MAMEQ a COOPERATIVA}}{\text{Total Compromisos en Medicamentos} + \text{Total Compromisos en MAMEQ}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
Para la vigencia 2023 la ESE HRMB alcanzó un resultado de 64% en compras de Medicamentos y de materia médico quirúrgico, no logrando no alcanzar la línea base de un 70% como lo estipula la Resolución					
LINEA BASE			RESULTADO: 0,70		
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o igual a 0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70
COMPROMISOS (ACTIVIADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos, siempre y cuando los precios ofertados por las cooperativas existentes en el departamento sean competitivos con los que presenten los demás proveedores de la ESE. ❖ Identificación de posibles proveedores que cumplan con las características establecidas en el indicador y los estándares de evaluación. ❖ Análisis de costo beneficio frente aspectos de valores competitivos de mercado que se requiera para realizar convenios con clientes potenciales que estimen la compra y el suministro de medicamentos y Material Médico Quirúrgico 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe del responsable del área de compras, firmado por el revisor fiscal.					

INDICADOR 7					
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior					
FORMULA					
(Deuda Salarios Personal Planta + Deuda Contratación de Servicios) – (Deuda Salarios Personal Planta 2024 + Deuda Contratación de Servicios 2025).					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023, no registro deudas superior a 30 días, lo cual cumple con el propósito de estándar en su línea base					
LINEA BASE		RESPUESTA: = 0			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
CERO (0) VARIACION NEGATIVA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar continuidad al pago oportuno de los salarios de personal de planta y prestación de servicios. ❖ Frente a las obligaciones contractuales que se celebren con contratistas y/o proveedores de la ESE, se debe estimar negociación y convenios exitosos de recaudo con clientes potenciales, que permitan el flujo corriente de los recursos y cumplir con las obligaciones financieras a 31 de diciembre. ❖ Establecer un cronograma de radicación, validación y programación de pagos de los distintos proveedores en aras de cumplir con las cuentas radicadas con corte a 30 de cada mes. ❖ Monitorear Cronograma de pagos a personal de planta y servicios personales indirectos con corte a 30 de cada mes, para así evitar la generación de saldos en estas cuentas. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Certificación emitida por el Revisor Fiscal					

INDICADOR 8					
Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS					
FORMULA					
Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas de primer nivel el informe deberá contener la categorización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB durante la vigencia 2023, realizó los 4 respectivos reportes ante la junta directiva de los Registros individuales de prestación de servicios, lo que mantiene la base del propósito del estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: 4 Presentaciones			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
4 INFORMES DURANTE CADA VIGENCIA	4	4	4	4	4
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer como fechas de presentación ante la junta directiva el análisis e informes de RIPS de manera Bimensual permitiendo esto contar con un mínimo de 4 reportes en el año; teniendo en cuenta que las juntas ordinarias de la ESE HRMB son Bimensuales (Enero-Febrero) Abril, (Marzo-Abril) Junio, (Mayo-Junio) Agosto, (Julio-Agosto) Octubre, (Septiembre-October) Diciembre. ❖ Monitorear el cumplimiento de la presentación de informes de la Junta Directiva de la ESE para así cumplir con el estándar propuesto para este indicador. ❖ Continuar con el Análisis de la información recopilada y planes de mejora según hallazgos. ❖ Continuar con el seguimiento a la calidad y consistencia de la información reportada por parte del departamento de estadística. ❖ Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones. ❖ Capacitar a los Encargados de las áreas de Estadística, Facturación y Sistemas en el uso de la herramienta de análisis para los RIPS y su forma de presentación ante la Junta Directiva 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Actas de junta directiva					

INDICADOR 9					
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo					
FORMULA					
$\frac{\text{Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores)}}{\text{Valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
Para la vigencia 2023, la ESE HRMB alcanzo un resultado de equilibrio presupuestal de 0.92, no logrando con los propósitos del estándar.					
LINEA BASE	RESPUESTA: $\frac{\text{Recaudos}}{\text{Compromisos}} = 1$				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o igual a 1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumentar el portafolio de servicios para tratamientos que se requiere como entidad de tercer nivel, permitiendo el aumento de la venta de servicios. ❖ Realizar convenios con las aseguradoras y clientes potenciales que garanticen la eficiencia en el recaudo frente a la venta y que permitan el flujo corriente de los recursos (modelos de negociación exitosos) ❖ Facturar el servicio en el mes correspondiente de su prestación. ❖ Realizar conciliaciones y saneamiento de cartera vencida con los distintos acreedores ❖ Realizar Acuerdos de pago, conciliaciones, con las diferentes Entidades Responsables de Pago sobre la cartera vencida 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Ficha Técnica de la página web del SIHO del MSPS					

INDICADOR 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					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 cumplió de forma satisfactoria los reportes de la circular única, logrando cumplir con los propósitos del estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: 4 Presentaciones			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reportar de manera oportuna el informe trimestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud. ❖ Generar cronograma de análisis en el reporte de la circular única. ❖ Realizar articulación de las áreas que aportan y suministran un análisis de información en la circular única. ❖ Garantizar Gestión bajo conciliación, saneamiento y recaudo de cartera vencida que permita veracidad en los registros financieros de la ESE. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Certificado Emitido por la Superintendencia Nacional de Salud					

INDICADOR 11					
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.					
FORMULA					
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 cumplió de forma satisfactoria los reportes del decreto 2193 del 2004, logrando cumplir con los propósitos del estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: 4 Presentaciones			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer seguimiento y control a la ejecución presupuestal, registro contable e informes de revisoría fiscal frente a la venta de servicios, reconocimiento, recaudo y cartera que se genera por la actividad de la ESE y que son de evaluación constante. ❖ Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193 de 2004. ❖ Realizar la recopilación y análisis de los indicadores tanto de producción con financieros e identificar riesgos en la desviación de las metas programadas. ❖ Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y Responsables. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Reporte Ministerio de Salud y Protección Social.					

C. AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

La gestión clínica y asistencial es la base de la razón de ser de la institución, en ella se incluye los procesos misionales que influyen positivamente en el estado de salud de la población usuaria del sur de Santander.

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

INDICADOR 12					
Evaluación de la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.					
FORMULA					
Número de HC auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación					
$\frac{\text{Total HC auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnostico de hemorragia del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación}}{\text{Total HC Auditadas}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
Se tomo una población de 35 gestantes lo cual se les aplico la Guía de manejo y arrojó como resultado el cumplimiento del 100% para los propósitos del estándar.					
LINEA BASE	RESPUESTA: Cumplimiento de la Guía / Total HC Auditadas = 0,80				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o Igual a 0,80	0,80	Mayor o igual a 0,80	Mayor o igual a 0,80	Mayor o igual a 0,80	Mayor o igual a 0,80
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicación de guías de manejo de 80%, dando así cumplimiento al estándar. ❖ Generar las auditorias de historia clinica por parte del auditor y constante entrenamiento a los médicos con base a los resultados de la misma. ❖ Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para hipertensión arterial ❖ Evaluación periódica (cada tres meses) de la adherencia a guía de manejo ❖ Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe de comité de Historias Clínicas de la ESE					

INDICADOR 13					
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida					
FORMULA					
<p>Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación</p> <hr/> <p>Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación</p>					
DIANGOSTICO INICIAL					
Se tomo una población de 249 usuarios con la primera causas más frecuente de egreso hospitalización, lo cual se les aplico la Guía de manejo y arrojó como resultado el cumplimiento del 87% para los propósitos del estándar.					
LINEA BASE	RESPUESTA: Cumplimiento de la Guía / Total HC Auditadas = 0,80				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o Igual a 0,80	0,80	Mayor o igual a 0,80	Mayor o igual a 0,80	Mayor o igual a 0,80	Mayor o igual a 0,80
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitoreo constante a las primeras causas de egreso hospitalario y definición de la Guía de manejo, según corresponda su morbilidad ❖ Aplicación de guías de manejo de 80%, dando así cumplimiento al estándar. ❖ Generar las auditorias de historia clínica por parte del auditor y constante entrenamiento a los médicos con base a los resultados de la misma. ❖ Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la GPC de mayor diagnóstico de egreso por hospitalización. ❖ Evaluación periódica (cada tres meses) de la adherencia a guía de manejo ❖ Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe de comité de Historias Clínicas de la ESE					

INDICADOR 14					
Oportunidad en la realización de apendicectomía					
FORMULA					
Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación					
Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación					
DIAGNOSTI INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 logro un cumplimiento del 96% logrando cumplir con el propósito del estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: mayor o igual 0,90			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o igual a 0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Retroalimentar al personal asistencial y administrativo para definir y establecer el plan de tratamiento a un apendicitis confirmada, en concordancia a los tiempos limites que exige la norma para la intervención quirúrgica y que hacen parte de la evaluación de desempeño. ❖ Fortalecer estrategias desde el área de la coordinación médica y auditoria médica en los procesos de intervención quirúrgica. ❖ Continuar con el fortalecimiento de las auditorias desde la parte médica en la identificación de causas que representan demora en la atención. ❖ Monitorear áreas y servicios que hacen parte de la definición del diagnóstico para ser intervenidos quirúrgicamente. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe emitido por la Subdirección científica					

INDICADOR 15					
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual					
FORMULA					
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación					
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación – Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 conto con un resultado de cero pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario					
LINEA BASE	RESPUESTA: Cero (0) o variación negativa				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitorear constante el Dx de IRA y pacientes recurrentes con alergias y afectaciones pulmonares, buscando con esto establecer estrategias en el ámbito regional para mejorar la morbilidad y evitar trastornos en neumonía. ❖ Fortalecer estrategias desde el área de la coordinación médica y auditoría médica en los procesos de intervención intrahospitalaria. ❖ Continuar con el fortalecimiento de las auditorías desde la parte médica en la identificación de las barreras de seguridad para la atención segura. ❖ Monitorear el programa de infecciones en el resultado de la medición de los indicadores por medio de las rondas de seguridad y alertas tempranas. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe de comité de calidad					

INDICADOR 16					
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)					
FORMULA					
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación					
Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 conto con un resultado de 100% en la aplicación de la Guía en los pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio					
LINEA BASE		RESPUESTA: Mayor o igual a 0,9			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Retroalimentar al personal asistencial y administrativo para definir y establecer el plan de tratamiento a un Dx de Infarto aguo al miocardio, en concordancia a los tiempos limites que exige la norma y que hacen parte de la evaluación de desempeño. ❖ Monitoreo constante a los Dxs de Infarto aguo al miocardio y definición de la Guía de manejo, según corresponda su severidad. ❖ Fortalecer estrategias desde el área de la coordinación médica y auditoria médica en los procesos de intervención asistencial. ❖ Continuar con el fortalecimiento de las auditorias desde la parte médica en la identificación de las barreras de seguridad 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Informe de comité de calidad					

INDICADOR 17					
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria					
FORMULA					
Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación					
$\frac{\text{Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación}}$					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 conto con un resultado de 100% en los análisis muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité de mortalidad.					
LINEA BASE		RESPUESTA: Mayor o igual a 0,9			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9	Mayor o igual a 0,9
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fortalecer el continuó monitoreo de las muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en el comité de mortalidad. ❖ Analizar las causas de muertes intrahospitalarias e identificar si se presentaron posibles incidentes y eventos adversos en el proceso de atención por parte de la ESE que conlleve a la identificación del evento Centinela. ❖ Analizar las principales causas de muertes intrahospitalaria con el fin de generar acciones que alerten la situación de salud ante el Ente territorial y Departamental. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Comité de mortalidad hospitalaria					

INDICADOR 18					
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría					
FORMULA					
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación					
Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 tuvo un resultado de 4,1 días de tiempo de espera de citas de pediatría de primera vez, logrando cumplir con los propósitos de estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: Menor o igual de 5 días			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Menor o igual de 5 días	Menor o igual de 5 días	Menor o igual de 5 días	Menor o igual de 5 días	Menor o igual de 5 días	Menor o igual de 5 días
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fortalecer estrategias desde el área de la coordinación de estadística y líder de consulta externa especializada. ❖ Continuar con el fortalecimiento de las charlas educativas por parte de la oficina del SIAU en la buena utilización de la prestación de los servicios. ❖ Monitorear los resultado mes a mes en la resolución 256 para determinar impacto en la prestación del servicio. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Certificado Superintendencia Nacional de Salud					

INDICADOR 19					
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia					
FORMULA					
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación					
Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 tuvo un resultado de 3,7 días de tiempo de espera de citas de obstetricia de primera vez, logrando cumplir con los propósitos de estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: Menor o igual de 8 días			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Menor o igual de 8 días	Menor o igual de 8 días	Menor o igual de 8 días	Menor o igual de 8 días	Menor o igual de 8 días	Menor o igual de 8 días
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar alcance a los programas de la ruta de atención en Materno Perinatal que garanticen la asignación de la cita de primera vez de obstetricia. ❖ Fortalecer estrategias desde el área de la coordinación de estadística y lider de consulta externa especializada. ❖ Continuar con el fortalecimiento de las charlas educativas por parte de la oficina del SIAU en la buena utilización de la prestación de los servicios. ❖ Monitorear los resultado mes a mes en la resolución 256 para determinar impacto en la prestación del servicio. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Certificado Superintendencia Nacional de Salud					

INDICADOR 20					
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna					
FORMULA					
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna 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 interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación					
DIAGNOSTICO INICIAL					
La ESE HRMB para la vigencia 2023 tuvo un resultado de 10,9 días de tiempo de espera de citas de medicina interna de primera vez, logrando cumplir con los propósitos de estándar.					
LINEA BASE		RESPUESTA: Menor o igual de 15 días			
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	METAS DE GESTIÓN			
		2024	2025	2026	2027
Menor o igual de 15 días	Menor o igual de 15 días	Menor o igual de 15 días	Menor o igual de 15 días	Menor o igual de 15 días	Menor o igual de 15 días
COMPROMISOS (ACTIVIDADES Y ACCIONES)					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar alcance a los programas de la ruta de atención Riesgo Cardio metabólico que garanticen la asignación de la cita de primera vez de medicina interna. ❖ Fortalecer estrategias desde el área de la coordinación de estadística y líder de consulta externa especializada ❖ Continuar con el fortalecimiento de las charlas educativas por parte de la oficina del SIAU en la buena utilización de la prestación de los servicios. ❖ Monitorear los resultado mes a mes en la resolución 256 para determinar impacto en la prestación del servicio. 					
DOCUMENTO SOPORTE QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO					
Certificado Superintendencia Nacional de Salud					

El presente Plan de Gestión ha sido presentado siguiendo una metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a la vez teniendo en cuenta las necesidades sentidas y ya establecidas en la institución, con el fin de

Página 49 de 50

Hospital Regional Manuela Beltrán
NIT 900.190.045-1
Carrera 16 N°9-53 Conmutador (607) 6852880
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
hospitalhmbsozorro@gmail.com
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Código Postal No 683551
Socorro-Santander-Colombia

Cód. GIC-FO-183
10/04/2024

impactarlas y lograr un buen desarrollo institucional tanto como Empresa Social del Estado, como también considerando que el principal capital de la misma es el talento humano y con la visión que la prestación de los servicios de salud se brinden con calidad, optimizando recursos y siendo eficientes, para mejorar la situación de salud y la calidad de vida de toda la población Socorrana y del sur de Santander en aras de constituir un Hospital con altos estándares de calidad en marcados en procesos de acreditación

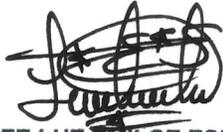
ARTICULO TERCERO: La Evaluación del presente Plan de Gestión aprobado, se ceñirá a los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 408 de 2018, la cual modificó a la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 o la norma que la sustituya o modifique.

ARTÍCULO CUARTO: El presente Acuerdo rige a partir de su aprobación.

Se expide en Socorro, a los treinta (30) días del mes de mayo del año dos mil veinticuatro (2024) siendo aprobado por unanimidad por los Integrantes de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,


DRA. JOHANNA ALEJANDRA OTERO WANDURRAGA
Delegada del Señor Gobernador
Presidente


JEFE LUZ EMILCE ESPINOSA SÁNCHEZ
Rep. Sector Científico Interno
Secretaria AD-HOC

Proyectó: Eduar Mauricio Quintero Sarmiento – Asesor Calidad Gerencia 
Revisó Aspectos Jurídicos: Inés Andrea Aguilar Aldana – Jefe Asesora Oficina Jurídica ESE HRMB 