

AREA O EJE ESTRATEGICO	No.	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar	LINEA BASE 2020	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI O	PROGRAMADO POR VIGENCIA		EJECUTADO POR VIGENCIA	PRESUPUESTO PROMEDIO ASIGNADO	CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIDO SI O NO	EVIDENCIAS	RESPONSABLE - LIDER
							AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2021						
DIRECCION Y GERENCIA	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Implementar los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer más eficiente y efectivo el proceso de autoevaluación, y así direccionar las acciones de mejora de la calidad, para preparar a la E.S.E. para una futura decisión de postulación para obtener la acreditación en salud.	• Elaboración del Plan de Acción del ciclo de autoevaluación y mejoramiento, acorde a la normatividad vigente. • Conformación de los equipos de Autoevaluación. • Elaboración de los Planes de comunicación y capacitación, brindando apoyo continuo necesario para los equipos y colaboradores involucrados en el proceso de autoevaluación. • Realización las autoevaluaciones anuales contra estándares de acreditación. • Gestión de los planes de mejoramiento, buscando la unificación del manejo de los mismos. • Presentación los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados, en el informe de autoevaluación.	2.4	3.3	1.9	2.2	2,14		SI	100%	SI	Autoevaluación, actas de reuniones, con los líderes de los procesos.	Lider de Proceso Gestion de Calidad

DIRECCION Y GERENCIA	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud	Ejecutar 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para cada vigencia.	• Definición de los procesos prioritarios objeto de mejoramiento, con la respectiva Planeación del Procedimiento de Auditoría para cada proceso priorizado. • Consolidación y aprobación del Programa de Auditoría para cada vigencia, incluyendo las autoevaluaciones con enfoque de acreditación. • Ejecución de los procedimientos de auditoría y autoevaluación planeados. • Definición de los Planes de Mejoramiento y de los cronogramas de ejecución de las acciones de mejora. • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas, con la respectiva retroalimentación a los equipos de mejora y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.	0,925	Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.	Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.	Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.	86,58%		EN EJECUCION				Lider de Proceso de Planeación - Calidad
----------------------	---	---	--	---	-------	---	---	---	--------	--	--------------	--	--	--	--

DIRECCION Y GERENCIA	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Cumplimiento del 90 % o más de las metas programadas del Plan Operativo Anual de cada vigencia.	• Elaboración y socialización del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2020-2024, debidamente articulado con el presente Plan de Gestión. • Desplegar el Plan de Desarrollo Institucional aprobado a las áreas y unidades de gestión de la entidad en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades. • Realización del seguimiento periódicamente a los avances de los planes de acción, realizando planes de mejora cuando se presenten resultados no deseados o desviaciones no previstas.	≥0,9	≥90 %	≥90 %	≥90 %	83,00%		EN EJECUCION	83%			Lider de Proceso de Planeación - Calidad
----------------------	---	---	---	---	------	-------	-------	-------	--------	--	--------------	-----	--	--	--

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener la institución sin riesgo financiero	• Realización de monitoreo trimestral de la información presupuestal y financiera de la E.S.E., principalmente de la información que sirve de base para la categorización del riesgo. • Análisis y mejoramiento de los procesos de contratación de venta de servicios de salud con los diferentes responsables de pago. • Fortalecimiento del recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna y conciliación de glosas. • Optimización de la capacidad instalada y de la promoción de ventas de servicios de salud, con el fin de lograr un incremento en la producción. • Seguimiento a los procesos de cobro de cartera, buscando evitar el deterioro de la misma. • Optimización, control y racionalización del gasto. • Realización de monitoreo trimestral de la información presupuestal y financiera de la E.S.E., principalmente de la información que sirve de base para la categorización del riesgo. • Análisis y mejoramiento de los procesos de contratación de venta de servicios de salud con los diferentes responsables de	Sin Riesgo Financiero Vigencia 2018	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo		EN EJECUCION	100%			Subdirección Administrativa y Financiera - Profesional de Contabilidad y Profesional Financiera
-----------------------------	---	----------------------------	---	--	-------------------------------------	------------	------------	------------	------------	--	--------------	------	--	--	---

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	Mantener un indicador igual o inferior a 0,9	• Establecimiento de estrategias de optimización de la producción acorde a la capacidad instalada. • Monitoreo mensual de la facturación por los servicios prestados. • Fortalecimiento de la venta de servicios de consulta externa especializada, implementando y optimizando alternativas como la telemedicina. • Verificación y monitoreo periódico del sistema los costos de producción para la toma de decisiones oportunas. • Fortalecer la política de austeridad en el gasto buscando la optimización del gasto sin afectación de la calidad • Evaluar la conveniencia económica y ambiental de la adopción de energías alternativas y producción más limpia, que permitan disminuir costos asociados a la prestación de servicios de salud.	0,964	<0,90	Menor a 1	<0,90	1.11		EN EJECUCION				Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Científica - Profesional de Contabilidad y Coordinador de Estadística
-----------------------------	---	--	--	---	-------	-------	-----------	-------	------	--	--------------	--	--	--	--

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	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	70 % o más por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.	• Fortalecimiento de la política de compra de medicamentos y material médico quirúrgico con cooperativas de Empresas Sociales del Estado, para llevar a la entidad al cumplimiento de este indicador, siempre que los precios ofertados y calidades sean competitivos.	0,67	≥ 70 %	≥60%	≥ 70 %	89% /82%		EN EJECUCION				Gerencia - Subdirección Científica
-----------------------------	---	--	--	--	------	--------	------	--------	----------	--	--------------	--	--	--	------------------------------------

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	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	Cero (0) o variación negativa	Mantenimiento de la priorización y oportunidad en el pago de salarios del personal de planta y por contrato de prestación de servicios.	0	0	0	0	0		EN EJECUCION	100%			Subdirección Administrativa Subdirección Científica Talento Humano
-----------------------------	---	--	-------------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--------------	------	--	--	--

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Presentación ante la Junta Directiva de mínimo cuatro (4) informes durante cada vigencia, con información basada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios-RIPS.	• Análisis de datos generados por los RIPS sobre producción de cada trimestre. • Comparación con periodos de vigencias anteriores. •Elaboración de Planes de Mejora, en caso de ser necesario • Seguimiento a ejecución de las acciones de mejora, para obtener provecho de la información aportada por los RIPS..	4	4	2	4	2		EN EJECUCION	50%			Gerencia Lider de Proceso de Gestión de Calidad Coordinador Estadística
-----------------------------	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	--------------	-----	--	--	---

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Buscar la sostenibilidad presupuestal de la E.S.E. frente a recaudos, logrando indicador igual o mayor a 1	• Maximización de los procesos de producción, facturación y recaudo. • Optimización el gasto. • Monitoreo periódico a la evolución del gasto y del recaudo con las áreas de gestión de la entidad. • Análisis y adecuación del Manual de Cartera de la E.S.E.	0,86	≥1	0,9	≥1	0.55		EN EJECUCION				Subdirección Administrativa Coordinador Facturación Coordinador Cartera Profesional Presupuesto
-----------------------------	---	---	--	---	------	----	-----	----	------	--	--------------	--	--	--	--

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	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	Reporte oportuno de la información solicitada por la Supersalud, en cumplimiento de la normatividad en el 100%	• Socialización del cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente. • Monitoreo en el cumplimiento de entrega del informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento Oportuno	Cumplimiento Oportuno	Cumplimiento Oportuno	Cumplimiento Oportuno		EN EJECUCIÓN	100%			Lider de Proceso de Gestión y Calidad Todos los procesos involucrados
-----------------------------	----	--	--	---	---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--	--------------	------	--	--	---

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	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 la norma que la sustituya.	Reportes oportunos de la información trimestral, semestral y anual solicitada por el Decreto 2193 de 2004.	• Socialización del cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente. • Monitoreo en el cumplimiento de entrega de los informes en los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reportes Oportunos	Reportes Oportunos	Reportes Oportunos	Oportuno		EN EJECUCION	100%	Subdirección Administrativa y Financiera Profesional de Contabilidad
-----------------------------	----	---	--	---	---	--------------------	--------------------	--------------------	----------	--	--------------	------	--

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Adherencia igual o superior al 80%	• Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente en Comité de Historias Clínicas la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.	1	≥80%	≥80%	≥80%	99%		EN EJECUCION	100		Subdirección Científica Líder de Proceso de Calidad Comité de Historias Clínicas
--------------------------------------	----	--	------------------------------------	--	---	------	------	------	-----	--	--------------	-----	--	--

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Adherencia igual o superior al 80%	• Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente de la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.	O,74	≥80%	≥80%	≥80%	≥88,2%		EN EJECUCION	100	Subdirección Científica Líder de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
-------------------------------	----	--	------------------------------------	---	------	------	------	------	--------	--	--------------	-----	--

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Oportunidad de la realización en la apendicetomía menor a 6 horas después de confirmado el diagnóstico, arrojando un indicador igual o superior a 0,9	• Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente de la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.	0,984	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥1		EN EJECUCION	100		Subdirección Científica Líder de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
-------------------------------	----	---	---	---	-------	------	------	------	----	--	--------------	-----	--	---

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Ausencia de casos de pacientes pediátricos hospitalizados con neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	• Mantener la vigilancia de los posibles eventos adversos, realizando análisis y planes de mejoramiento con los comités institucionales para evitar la ocurrencia de este tipo de patologías.	0	0	0	0	0		EN EJECUCION	100	Subdirección Científica Lider de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
-------------------------------	----	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--------------	-----	--

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Mantener el indicador igual o superior al 0,9	• Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente de la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.	1	≥0,9	≥0,9	≥0,9	1	EN EJECUCION	100	Subdirección Científica Líder de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
-------------------------------	----	--	---	---	---	------	------	------	---	--------------	-----	--

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Analizar un porcentaje igual o superior al 90 % de los casos de mortalidad ocurridos después de 48 horas de hospitalización en el comité institucional	• Diligenciamiento del RUAF. • Análisis de los casos de muerte intrahospitalaria para establecer causas y diseñar planes de mejoramiento con su respectivo seguimiento	1	≥0,9	≥0,9	≥0,9	1
--------------------------------------	----	--	--	---	---	------	------	------	---

	EN EJECUCION		100		Subdirección Científica Líder de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
--	--------------	--	-----	--	---

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Lograr que la consulta de pediatría de primera vez tenga una oportunidad de 5 días o inferior.	• Seguimiento de las agendas de pediatría. • Análisis de la evolución de la demanda de cita por primera vez de pediatría, para la toma de decisiones de aumento de recurso humano especializado, aumento de horario de atención, etc.	6,114	≤5	≤5	≤5	3.6		EN EJECUCIO N		100		Subdirección Científica Lider de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Oportunidad de 8 días o inferior en la asignación de citas de obstetricia de primera vez.	• Seguimiento de las agendas de obstetricia de primera vez. • Análisis de la evolución de la demanda de cita por primera vez de obstetricia, para la toma de decisiones de aumento de recurso humano especializado, aumento de horario de atención, etc.	5,974	≤8	≤8	≤8	7.3		EN EJECUCIO N		100		Subdirección Científica Lider de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Oportunidad de 15 días o inferior en la asignación de citas de medicina interna de primera vez	• Seguimiento de las agendas de medicina interna de primera vez. • Análisis de la evolución de la demanda de cita por primera vez de medicina interna, para la toma de decisiones de aumento de recurso humano especializado, aumento de horario de atención, etc.	9,557	≤15	≤15	≤15	14.7		EN EJECUCION		100		Subdirección Científica Lider de Proceso de Calidad Coordinador de Estadística
-------------------------------	----	--	--	--	-------	-----	-----	-----	------	--	--------------	--	-----	--	--