

**INFORME PLAN DE GESTION  
VIGENCIA FISCAL 2021**



**CARMEN EMILIA OSPINA**  
Salud, bienestar y dignidad

**DR. JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ**  
**GERENTE**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. MARCO METODOLOGICO EN LA ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACION DEL PLAN DE GESTION.....	5
1.1 Propósito del plan .....	5
1.2 Metodología de elaboración, aprobación y evaluación .....	5
2. ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN...8	8
2.1 Gestión de dirección y gerencia.....	8
-Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.....	8
-Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.....	10
-Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo .....	11
2.2 Gestión Financiera y Administrativa.....	22
-Riesgo fiscal y financiero: .....	22
-Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.....	23
-Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.....	23
-Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior. ....	24
-Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS.....	25
-Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.....	26
-Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud.....	27
-Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya. ....	28
2.3 Gestión Clínica o Asistencial.....	29
-Proporción gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación .....	29

-Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE. ....	31
-Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas.....	31
-Evaluación aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.....	32
-Reingresos por el servicio de urgencias. ....	33
-Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general .....	34
3. TABLERO DE INDICADORES.....	36

## **PRESENTACION**

Como gerente de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina me permito poner a conocimiento el informe de Plan de Gestión vigencia 2021, un documento que recopila los compromisos asumidos por la institución y orienta las acciones establecidas con el objetivo de dar cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales establecidos bajo lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social del país, mediante Ley 1438 de 2011 y Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, en adopción a las condiciones y metodología para la elaboración, presentación y evaluación del Plan de Gestión.

El presente informe da a conocer los indicadores vigencia 2021 en los componentes gerencial, administrativo, financiero y asistencial en el desarrollo de la gestión y el manejo apropiado de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros de la institución de primer nivel de complejidad más importante de la ciudad de Neiva. Haciendo énfasis en la contribución para el logro de la sostenibilidad, crecimiento y rentabilidad social y financiera de la entidad.

## **1. MARCO METODOLOGICO EN LA ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACION DEL PLAN DE GESTION**

### **1.1 Propósito del plan**

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 DE 2013 y 408 de 2018 con sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, **Dr. JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ**, por el periodo comprendido entre el 01 de Mayo de 2020 al 31 de Marzo de 2024.

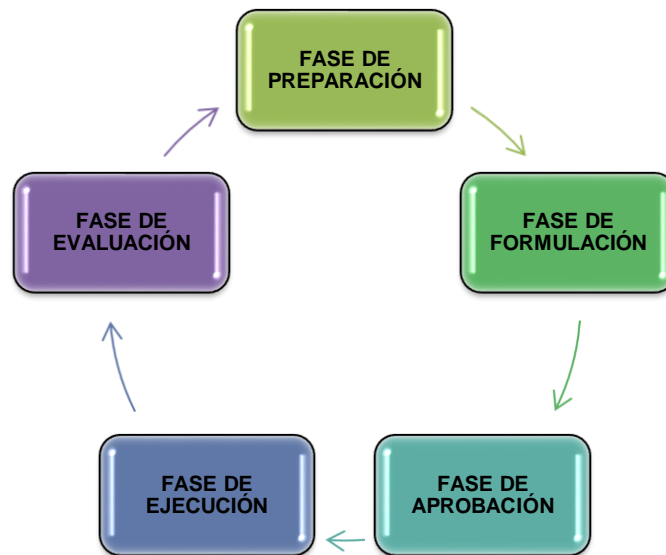
### **1.2 Metodología de elaboración, aprobación y evaluación**

La metodología adoptada por la Gerencia de la **ESE CARMEN EMILIA OSPINA**, para la elaboración del Plan de Gestión, comprendió un proceso participativo de las áreas: administrativa, misional y de apoyo, donde se realizó una evaluación y análisis de datos, actividades e indicadores de tipo financiero, de productividad, de calidad y de gestión, los cuales permitieron validar la LÍNEA BASE.

Según lo establecido en las Resoluciones 710 de 2012, 743 DE 2013 y 408 de 2018, La Gerencia de la ESE Carmen Emilia Ospina, garantizará en la elaboración del Plan de Gestión de forma ordenada y coherente, los siguientes pasos:

- \* Las metas de gestión y resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidas en el anexo de la Resolución 408 de 2018.
- \* El Diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
- \* El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

El Plan de Gestión se desarrollará en cinco fases, en forma sucesiva a manera de ciclo continuo:



- ✓ **Fase de Preparación:** Se realizó mediante la identificación de la información del año 2015 a 2019, las cuales sirvieron de línea de base para formular el Plan de Gestión. Esta línea base fue entendida, como el estudio de la situación actual de la ESE, en cada uno de los estándares e indicadores establecidos para las áreas de **Dirección y Gerencia, Financieros y Administrativos y Clínica o Asistencial**.
- ✓ **Fase de Formulación:** Que los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 definieron los contenidos, términos y procedimiento para la presentación del Plan de gestión, el cual se efectuó un diagnóstico inicial conforme a la entregada en los informes de gestión del periodo 2016 y 2019 de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, lo que permitió conocer la línea base de cada uno de los indicadores, identificando fortalezas que se deben mantener y debilidades que deben ser ajustadas a la mejora continua durante el periodo de la gerencia del 03 de mayo de 2020 al 31 de marzo de 2024. Estas metas se establecieron anualmente, además se identificaron los logros a alcanzar y las acciones a desarrollar.

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 DE 2013 y 408 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva del Hospital para el periodo 2020-2023 y permite cuantificar los compromisos para el período gerencial, estableciendo 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 siguientes áreas:

- **Gestión de Dirección y Gerencia**

Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

- **Gestión Financiera y Administrativa**

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

- **Gestión Clínica o Asistencial**

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive de cada entidad.

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2020-2023, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica.

- ✓ **Fase de Aprobación:** Se realizará mediante la presentación del Proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva por parte de la Gerente de la ESE, el cual debe ser aprobado mediante Acuerdo, esta aprobación debe realizarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la presentación, dejando constancia en la respectiva Acta de la sesión.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el Plan de Gestión, durante el término establecido por la Ley 1438 de 2011, este se entenderá como aprobado.

- ✓ **Fase de Ejecución:** Después de aprobado el Plan de Gestión, este será desplegado a cada una de las zonas y áreas operativas de la ESE Carmen Emilia Ospina, en forma de Planes de Acción, donde se especificarán las acciones a desarrollar, tiempos, metas y responsables; Posteriormente se realizará el seguimiento a la ejecución de las actividades de manera sistemática y con soportes de evidencias con el fin de garantizar la continuidad y los ajustes de los mismos.

El cumplimiento del Plan de Gestión, se presentará a la Junta directiva en un informe anual.

- ✓ **Fase de Evaluación:** La Gerencia Presentará a la Junta Directiva de la ESE Carmen Emilia Ospina, un informe anual sobre el cumplimiento de las metas, compromisos o logros alcanzados, cumpliendo con el Art. 74 de la Ley 1438 de

2011 y establecidos en el Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte al 31 de diciembre. Este se dará a conocer a más tardar el 01 de abril del año siguiente al periodo evaluado.

## 2. ESTRUCTURA DE CUMPLIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

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

- ✓ **AREA DE DIRECCION Y GERENCIA:** 3 INDICADORES
- ✓ **AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:** 8 INDICADORES, El indicador Número 4: Riesgo fiscal y financiero, no se evalúa según lo establecido en el artículo 6 (Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las empresas sociales del estado) de la Resolución 256 del 2020.
- ✓ **AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL:** 6 INDICADORES

### 2.1 Gestión de Dirección y Gerencia

#### Ciclo de preparación para la Acreditación

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC con enfoque frente estándares de Acreditación.

#### INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

Indicador (1)	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior		
Formula	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: Mayor O Igual 1,20	1.20	≥1,20	1,20



**Fuente de Información (Documento de autoevaluación).**

El resultado del indicador Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior es de 1,2 para la gestión del año 2021.

**Desarrollo del indicador**

Para la autoevaluación de los estándares de acreditación se generaron las siguientes actividades:

- Reunión de los equipos secundarios conformados de acuerdo al modelo de mejoramiento de la institución para realizar la autoevaluación.
- Realización de la autoevaluación cualitativa identificando fortalezas y oportunidades de mejora de cada uno de los estándares
- Realización de la autoevaluación cuantitativa según metodología indicada en la resolución 2082 de 2014.

Realizada la autoevaluación cuantitativa en estándares de acreditación en la ESE Carmen Emilia Ospina para la gestión del año 2021, se obtiene una nota de 1.79 y para la gestión de 2020 se obtuvo una nota de 1.49. Con estos valores se calcula el indicador de “Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior” obteniendo el resultado de **1.2**.

A continuación se presenta la nota obtenida por grupo de estándares:

GRUPOS DE ESTANDARES	RESULTADOS AUTOEVALUACION 2021 Correspondiente a gestión de 2020= CALIDAD OBSERVADA	RESULTADOS AUTOEVALUACION 2022 Correspondiente a gestión de 2021= CALIDAD OBSERVADA
PROCESOS DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL PACAS	1,49	1,93
DIRECCIONAMIENTO	1,68	1,98
GERENCIA	1,65	1,72
TALENTO HUMANO	1,58	1,86
AMBIENTE FISICO	1,39	1,93
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1,3	1,6
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,6	1,88
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD MCC	1,22	1,44
TOTAL	<b>1,49</b>	<b>1,79</b>

### Calculo del indicador

<b>Nombre del indicador: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR</b>	<b>Gestion 2021</b>
Denominador: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior	1,49
Numerador: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	1,79
<b>Resultado del indicador</b>	<b>1,20</b>

### INDICADOR 2: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

<b>Indicador (2)</b>	<b>Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud</b>		
<b>Formula</b>	<b>Número de acciones de mejora ejecutados derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría – PAMEC.</b>		
<b>Estándar Propuesto</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>META</b>	<b>RESULTADO META</b>
		<b>2021</b>	<b>2021</b>
<b>Para el año 2021: Mayor O Igual 0,90</b>	<b>100</b>	<b>≥0,90</b>	<b>0,93</b>

### Desarrollo del indicador

Numerador	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas
Denominador	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC X100

	<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>NUMERADOR</b>	<b>DENOMINADOR</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>PAMEC</b>	Ejecutar las acciones derivadas del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) - CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN año 2021.	<b>90%</b>	<b>149</b>	<b>160</b>	<b>93%</b>

Para el año 2021 se programaron 160 acciones enfocadas en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, cumpliendo con 149 acciones. Con estos valores se calcula el indicador de “Efectividad en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud” obteniendo el resultado de **0.93**.

Se adjunta tabla con el cálculo del indicador.

EFECTIVIDAD EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		
ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO
160	149	0,93

Se anexa pantallazo de validación de a información en la plataforma de la Supersalud.

Vigencia: 2021, Periodo: 80

Resultado Validación

Archivo: 8130052657802021ST002.bt  
Estado de Envío: Validado  
Fecha: 21/02/2022 2:55:20 p. m.

Seleccionar Archivos

FT002	Seleccione el archivo...	Validar	GT003	Seleccione el archivo...	Validar
GT004	Seleccione el archivo...	Validar	GT010	Seleccione el archivo...	Validar
ST002	8130052657802021ST002.bt	Validar	ST006	Seleccione el archivo...	Validar

### INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación de la institución que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas.

Para el presente periodo es necesario definir un nuevo marco estratégico y un plan de desarrollo que se ajuste a las nuevas realidades del entorno, fortaleciendo acciones frente al modelo de atención conforme a las crisis en salud que se presentan en nuestra región, para formular e implementar un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad de la ESE, desarrollar e implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión articulado con el sistema integrado de gestión de calidad, y enfocado en los estándares de acreditación en salud, implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación entre otros, que permita lograr la visión institucional.

Indicador (3)	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional		
Formula	Nº metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / Nº Metas Plan Operativo Anual Programadas		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: Mayor O Igual 0,90	0,91	≥0,90	0,91

### Desarrollo del indicador

De acuerdo con el plan de desarrollo 2021 – 2024 de la ESE Carmen Emilia Ospina para la vigencia fiscal del 2021, el cual fue ejecutado a través de la Matriz Estratégica el grado de cumplimiento es de 0.91 en donde se proyectaron 115 estrategias y se ejecutaron 105 estrategias. A continuación se presentan el listado de las estrategias de la Matriz Estratégica:

Estrategia	Indicador	CUMPLIMIENTO
Monitorear el presupuesto de la Institución, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo.	Resultado de análisis del periodo / los resultados históricos	SI
Realizar el análisis sistemático y gestión sobre los resultados de indicadores financieros.		
Comunicación de los distintos líderes de procesos con el área de costos para el análisis previo de viabilidad de los distintos requerimientos de recursos que estos soliciten.	Cantidad de informes socializados / cantidad de informes proyectados	SI
Socialización de análisis y resultados de los costos en las reuniones de socialización de estados financieros.		

Generación y comunicación de alertas de costo a la gerencia, Jefes de grupo y líderes de procesos cuando se presente la novedad, mediante el SIMAD o a través de las reuniones de socialización de estados financieros.		
Gestionar la cartera a través de: Mesas de cartera según convocatoria de los entes territoriales	# de mesas de trabajo desarrolladas / # de mesas de trabajo programadas	SI
Notificación del cobro prejudicial.	# de notificaciones enviadas / # de notificaciones programadas	SI
Integrar los servicios de especialización a las Rutas de Atención Integral en Salud ofertadas por la ESE Carmen Emilia Ospina.	Rutas integrales de atención en salud con la participación de especialidades	SI
Implementar un modelo de atención integral con especialidades básicas para el mejoramiento de la capacidad resolutoria y la integralidad de la atención en salud.	Modelo de atención en salud con participación de especialidades básicas.	SI
Gestionar la contratación del nuevo portafolio de servicios con especialidades básicas del modelo de atención integral institucional con las aseguradoras.	Portafolio de servicios especializados contratados con las aseguradoras /Total aseguradoras vinculadas con la ESE CEO	SI
Fortalecer la apropiación conceptual, metodológica y de la sensibilización dirigida al personal asistencial, administrativo y usuarios para el desarrollo de la política IAMI.	No. de personal asistencial y administrativos capacitado en IAMI/no total de personal asistencia y administrativo ESE CEO.  No. de usuarios educados en estrategia IAMI/No total de usuarios atendidos en ruta infancia, primera infancia, materno perinatal.	NO
Diseño e implementación del modelo de presentación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población.	Modelo de prestación de servicios de salud y portafolio de servicios actualizados  Política documentada	SI
Implementar una metodología de seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios mejorando la calidad en la atención.	Matriz de indicadores de seguimiento monitoreo y evaluación elaborada e implementada	SI
Garantizar programas, estrategias y rutas de promoción y mantenimiento de la salud, articulados con las necesidades en la salud de la población designada.	Programas, estrategias y RIAS implementadas/Programas, estrategias y RIAS planeadas.	SI

Fortalecer la estrategia de atención, en salud extramural y domiciliaria para la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población designada.	Atenciones extramurales y domiciliarias realizadas/Atenciones extramurales y domiciliarias programadas.	SI
Fortalecer la operatividad del servicio de TAB y referencia y contra referencia institucional con oportunidad y calidad	Numero de indicadores con calificación optima/Número total de indicadores del servicio TAB y R-CR.	SI
Implementar y ajustar, en la institución la modalidad de telemedicina, para prestar la atención en salud.	Numero de teleconsultas atendidas/Números de teleconsultas agendadas*100  Numero de especialidades implementadas bajo la modalidad de telemedicina en la institución	SI
Brindar servicios de salud ambulatoria y de internación acorde a la oferta y demanda de la población.	Matriz de indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación elaborada e implementada	SI
Fortalecimiento de los procesos de apoyo diagnóstico y terapéuticos institucionales.	Matriz de indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación elaborada e implementada	SI
Generar la estrategia de plan de cuidado liderado por enfermería de la institución que incorpore de manera integral el análisis de riesgos y las necesidades Del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Documento elaborado	NO
Brindar una atención integral y oportuna a la población sospechosa o diagnosticar por covid -19.	No. de actividades realizadas por contingencia covid/total de actividades del plan de contingencia *100  No. pacientes con sospechosos y/o diagnosticados por Covid 19 que recibieron apoyo psicosocial/ total de pacientes reportados en la base de sivi en fecha epidemiológica 346.	SI
Implementar y continuar las acciones del sistema de vigilancia epidemiológica en la ESE Carmen Emilia Ospina.	Matriz de indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación elaborada e implementada	SI
Planificación y seguimiento a las obligaciones contractuales de los convenios.	Cumplimiento de matriz de indicadores se seguimiento por convenio.	SI
Ejecutar las diferentes actividades contractuales de los convenios.	Metas ejecutadas/metast contratadas*100	SI
Asesorías y autoevaluación en estándares de habilitación de los servicios que se planeen nuevos en la institución.	Numero de asesorías brindadas.	SI

Diseño y ejecución del modelo de mejoramiento institucional.	Un modelo diseñado y socializado.	SI
Definir e implementar mecanismo de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.	Numero de informes del mejoramiento institucional	SI
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo hacia estándares superiores de calidad, con una metodología formal y permanente, analizando a profundidad los patrones no deseados, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.	Proporción de servicios con reunión de autocontrol.	SI
Mejorar las habilidades de autogestión de los procesos.	Proporción de servicios con reunión de autocontrol.	SI
Mejorar procesos de inducción y reinducción.	Certificación control de asistencia.  Las encuestas y tabulación de encuestas	SI
Aplicar encuesta para funcionarios interesados en el Diplomado.	Encuesta para identificar personas facilitadores en Docencia	SI
Ejecutar el PIC (Plan Institucional de Capacitaciones).	Control de asistencia	SI
Brindar educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización.		SI
Brindar apoyo a la restructuración del nuevo personal de planta.	Nuevo personal adherido a la planta	SI
Velar por la suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.		SI
Realizar evaluación e intervención del clima organizacional.	Encuesta realizada e informe de clima organizacional.	SI
Cargar a tiempo los documentos requeridos en cada una de las etapas del proceso en la plataforma sia observa y secop.	cargue del 100% de información en sia observa y secop	SI
Realizar la trazabilidad detallada y consolidada de los documentos requeridos para la contratación.	Informe de la revisión de la documentación requerida para la contratación.	SI
Fortalecer los estudios de mercado	Estudios previos revisados.	SI
Actualización del manual de contratación	Documento actualizado del manual de contratación.	SI
Defensa judicial oportuna	100%	SI
Ajustar las condiciones de la contratación de prestación de servicios profesionales (Administrativos – asistenciales)	100%	SI

Interrelacionar permanentemente la defensa judicial con las distintas áreas de la entidad.	100%	SI
Actualizar el manual de procedimientos contractual en la entidad, el cual permita establecer aspectos específicos a desarrollar en cada una de las etapas precontractuales que se adelantan en aras de dar cumplimiento a las necesidades que surgen en las diferentes áreas de las mismas.	100%	SI
Adelantar un estudio técnico y financiero que permita definir la contratación del personal asistencial que presta sus servicios a la entidad, teniendo en cuenta lo consagrado en la sentencia 171de 2012, es decir se logre establecer la viabilidad de seguir adelantando su contratación a través de los gremios sindicales, trabajos temporales o a través de personal de planta o cualquier medio contractual idóneo que permita prevenir el daño antijurídico a la entidad.	100%	SI
Establecer un estudio técnico que permita actualizar y modificar el manual de contratación de la ESE Carmen Emilia Ospina, con el fin de prevenir el daño antijurídico a la entidad.	100%	SI
Adaptar una oficina virtual con equipo computo, software, agenda virtual e impresora, que sirve de herramienta para llevar acabo las audiencias programadas y realizar seguimiento a los procesos que se adelantan por los abogados de defensa judicial que actúan en representación de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA	100%	NO
Establecer formatos dirigidos a los miembros de la junta en los que se establezcan las inhabilidades e incompatibilidad, conflicto de intereses e identificación del SARLAFT.	100%	SI
Establecer dentro del reglamento de la junta directiva, la función, el término y objetivos para que los miembros evalúen las políticas institucionales y generen cambios.	100%	SI



Establecer dentro del reglamento de la junta directiva, la función, el término y objetivos para que los miembros evalúen las políticas institucionales y generen cambios.	100%	SI
Gestionar y brindar el apoyo necesario para la terminación de la obra de la fase 1 del centro de Atención Integral Materno Infantil "CAIMI" en articulación con los entes territoriales.	1 PROYECTO GESTIONADO	SI
Gestionar y brindar el apoyo necesario para la ejecución del proyecto de ampliación del hospital de Palmas, en articulación con los entes territoriales.	1 PROYECTO GESTIONADO	NO
Gestionar y brindar el apoyo necesario para la ejecución del proyecto del puesto de salud del corregimiento de Aipecito, en articulación con los entes territoriales.	Iniciación del proyecto de construcción.	SI
Gestionar y brindar el apoyo necesario para la ejecución del proyecto de la segunda fase del centro de atención integral materno Infantil "CAIMI", en articulación con los entes territoriales.	1 Proyectos gestionados	NO
Adquirir equipos biomédicos para el fortalecimientos de la prestación de los servicios tales como equipos de los rayos x.	(número de equipos biomédicos obsoletos/número total de equipos biomédicos)*100	SI
Gestionar la realización de los estudios y diseños de la planta de tratamiento de aguas residuales de las sedes Canaima, IPC y Palmas, en articulación con los entes territoriales.	Avance anual	SI
Gestionar los recursos y adelantar los diseños de las plantas de tratamientos de aguas residuales en la sede de la ESE CEO en donde se requiera.	Avance anual	NO
Optimizar el plan de mantenimiento Hospitalario de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	(Número de actividades realizadas/ actividades programadas)*100	SI
Apoyar la supervisión para la ejecución de la metrología de los equipos biomédicos de la ESE CEO.	(Número de actividades realizadas/ actividades programadas)*100	SI
Actualizar los planes de emergencia de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	No PHE elaborados /No PHE actualizados X 100	SI
Mantener actualizado el sistema de gestión de salud y seguridad del trabajo superior al 90%.	No. De actividades programadas/No de actividades ejecutadas	SI

Fortalecer la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares de la ESE CEO para la disminución de los factores ambientales.	No. total residuos (peligros, ordinarios, reciclables) /total de residuos generados *100.	SI
Fomentar una cultura ecológica ambiental en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA	No Actividades ambientales ejecutadas/actividades ambientales programadas X100.	SI
Gestionar el cumplimiento de la normatividad en competencia del área ambiental.	No. de criterios normativos ambientales cumplidos /No total de criterios normativos ambientales X100.	SI
Liderar la formulación, monitorización y evaluación del plan de desarrollo a través de la metodología participativa.	Actas de seguimiento mensual e informe trimestral ante la gerencia.	SI
Brindar apoyo a la gerencia en la planeación de la plataforma estratégica.	Plataforma estratégica.	SI
Apoyar a la gerencia en la creación e implementación de la oficina de mercadeo para el fortalecimiento financiero.	Avances de consolidación de la oficina de mercadeo.	NO
Socializar una vez aprobado por la junta directiva el plan de desarrollo a todo el equipo directivo, formalizando las responsabilidades operativas.	Plan de desarrollo y plan de acción aprobada y socializado.	SI
Definir el plan de gestión acorde con la normatividad vigente.	Plan de gestión	SI
Realizar seguimiento y verificación del cumplimiento del plan de gestión a través de los indicadores.	Actas de seguimiento a los indicadores del plan de gestión.	SI
Realizar el respectivo plan de mejoramiento que involucre al personal que ha incumplido las actividades descritas en el plan de gestión gerencial.	No. de plan de mejoramiento por proceso.	SI
Reportar informe en el tiempo oportuno.	Informe de gestión reportado	SI
Actualizar el Normograma	Normograma actualizado	NO
Realizar los ajustes necesarios a los proyectos	Página Web del ministerio /proyectos definidos	SI
Realizar seguimientos a los proyectos inscritos	Registro de inscripción	SI
Actualización y/o elaboración de proyectos	Proyectos	SI
Seguimiento a los proyectos	Proyectos	SI
Corrección de los errores en los proyectos	Plan de mejoramiento por proceso.	SI
Priorizar los proyectos de acuerdo a las necesidades	Actas/Archivo	SI

Revisar diariamente la página de consultor salud y realizar el despliegue de esta información a cada uno de los procesos.	Normatividad de consultor salud enviada al correo institucional de la ESE Carmen Emilia Ospina.	SI
Actualizar de manera mensual el normograma institucional, en el formato establecido por la ESE Carmen Emilia Ospina.	Normograma actualizado	NO
Verificar el cumplimiento mensual de la implementación de la normatividad legal vigente por cada líder.	Informe de auditoria	SI
Garantizar el cumplimiento oportuno de las actualizaciones correspondientes en cada uno de los sistemas de información índigo y simad con los que cuenta la ese Carmen Emilia Ospina	No. Actualizaciones programadas/No. Actualizaciones realizadas	SI
Analizar los riesgos asociados al uso de la tecnología y adquisición de herramientas tecnológicas.	No. de riesgos analizados/No. de riesgos mitigados	SI
Crear políticas organizacionales para la implementación, evaluación, adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	No. de políticas solicitadas/No de políticas entregadas	SI
Diseñar un proceso para la implementación y evaluación de la seguridad del uso de la tecnología al interior de la ESE Carmen Emilia Ospina.	No. de manuales planteados/ No. de manual implementado.	NO
Realizar soporte técnico de los equipos dispuestos en los diferentes puntos de atención, de tal forma que se garanticen el buen funcionamiento de los mismos.	No. de actividades programadas /No. de actividades ejecutadas.	SI
Documentar el plan de capacidad, monitorización de uso y rendimiento de la infraestructura TIC de alta disponibilidad, consistente, de desempeño eficiente y seguro.	No de procesos proyectados para documentación/No de procesos documentados 100%	SI
Renovación tecnológica para suplir las necesidades y brindar un mejor servicio a la comunidad.	Número de equipos obsoletos/Número de equipos nuevos.	SI
Elaboración de plan de diagnóstico de redes categoría 5 a categoría 6A en cada uno de los centros de salud de la Ese Carmen Emilia Ospina.	Plan elaborado	SI
Diseñar, elaborar e implementar el procedimiento de custodia de los activos de información.	Procedimiento elaborado	SI

Elaborar y adoptar el procedimiento para la integridad, disponibilidad y preservación de los activos de información.	Procedimiento elaborado	SI
Elaboración de plan de diagnóstico de los sistemas de comunicación rural.	Diagnóstico elaborado	SI
Realizar el diagnóstico comunicacional de la ESE por medio de la aplicación de encuesta.	Análisis de encuesta aplicadas	SI
Diagnosticar el estado de la comunicación al interior y exterior de la institución.	Diagnóstico de comunicaciones	SI
Divulgar para su implementación la estrategia de comunicación de la ESE Carmen Emilia Ospina.	Comunicaciones internas (SIMAD)	SI
Construir la política de las comunicaciones de acuerdo a las necesidades de la institución, definiendo los lineamientos que permitan mejorar la comunicación desde los directivos hacia los funcionarios, desde los jefes de procesos hacia los funcionarios, desde los funcionarios a otros funcionarios y desde la institución a la comunidad.	Políticas establecidas, aprobadas e implementada en el mapa de procesos.	SI
Actualizar el manual de imagen e identidad corporativa de la institución.	Manual de imagen actualizado en mapa de procesos.	SI
Actualizar el manual de comunicaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina.	Manual de comunicaciones actualizado en el mapa de procesos.	SI
Establecer un plan de medio de comunicación de ESE Carmen Emilia Ospina.	Plan de medios propuestos /plan de medio ejecutados.	NO
Evaluar la efectividad de los mensajes transmitidos por medios de comunicación.	Actas de reunión	SI
Lograr el reconocimiento y mejora de la imagen a través de la participación y/o el desarrollo de campañas y actividades desarrolladas al interior y exterior de la institución.	Registro fotográficos de las actividades.	SI
Establecer la emisión de boletines de prensa interna y externos.	SIMAD/correo electrónico	SI
Construir el boletín entes ESE de la ESE Carmen Emilia Ospina que recopile la información trimestral más importante para ser emitido de manera interna y externa.	Boletín Enter ESE	SI
Actualizar la página web de la institución.	Cronograma de actualizaciones y seguimiento.	SI
Actualizar la página de intranet de la institución.	Cronograma de actualizaciones y seguimiento	SI

Actualizar la cartelera físicas dispuestas en los diferentes centros de atención.	Cronograma de actualizaciones y seguimiento	SI
Actualizar las pantallas digitales dispuestas en los diferentes centros de atención.	Cronograma de actualizaciones y seguimiento.	SI
Actualizar la fan page de la ESE Carmen Emilia Ospina.	Publicaciones en Fan-Page.	SI
Implantar la estrategia para el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas de la ESE Carmen Emilia Ospina.	Acta de ejecución de audiencia pública.	SI
Diseñar el instrumento que permita presentar a organismo de control, EPS, IPS, empresas del sector público y privado y comunidad en general los servicios habilitados dentro de la institución, que defina los horarios y puntos de atención efectivos por cada servicio.	Portafolio de servicios en mapa de procesos.	SI
Actualizar la información presente e link de transparencia y acceso a la información pública correspondiente a los enlaces de: - Mecanismo de contacto - Información de interés - Estructura orgánica y de talento humano - Accesibilidad a la web - Transparencia Covid 19 De tal forma que las visitas a este espacio sean agradables y la información este detallada, vigente y clara.	Información actualizada los respectivos enlaces.	SI
Establecer una propuesta valor para la entidad soportada en la cultura organizacional, infraestructura, manejo seguro y eficiente de los sistemas de información y las comunicaciones y, atención preferencia y de calidad.	Propuesta valor establecida	SI
Fortalecer la comunicación entre los líderes comunitarios y la institución mediante la construcción de una herramienta de comunicación que permita la divulgación de información de manera eficiente y la retroalimentación de las mismas. Teniendo en cuenta la base de los datos de los líderes comunitarios de Neiva.	Herramientas de comunicación diseñada.	SI

Implementar nuevas estrategias que garanticen la comunicación efectiva del usuario con la institución.	Formulación de estrategias	SI
Realizar recopilación de todas las manifestaciones recibidas por los canales al usuario.	100%	SI
Capacitar al personal que labora con el proceso de atención al usuario (auxiliares administrativas de la central de orientación e información y convenios, auxiliares administrativas del siau en cada uno de los centros de salud de la ESE CEO.	100%	SI
Articular con la EAPB por medio de los canales de comunicación una mejor oportunidad de atención de nuestros usuarios.	95%	SI
Realizar las mesas de trabajo, convenios, nuevos proyectos con las diferentes instituciones garantizando prestación de servicio con calidad.	Mesas de trabajo	SI

Numero de estrategias ejecutadas \* 100 / Numero de estrategias programadas.

Estrategia ejecutadas 105 \* 100 / estrategias programadas 115 = 91%

## 2.2 Gestión Financiera y Administrativa

La E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, desde los años 2016 a 2019 muestra resultados importantes y favorables en su sostenibilidad fiscal y financiera que la llevan a estar ubicada en la categoría SIN RIESGO; mediante la metodología que tiene establecido el Ministerio de Salud y protección social, sin embargo la situación de fragilidad que tiene el sector salud en el país por la crisis de Pandemia actual para el municipio de Neiva no es la excepción; y al considerar el rápido crecimiento de los prestadores de servicio (IPS) y la contracción del mercado de los pagadores (E.P.S) hace necesario que la E.S.E diversifique su portafolio de servicios enfocados a la Salud pública y los servicios asistenciales complementarios denominados de mediana complejidad redefiniendo su portafolio de servicios.

### INDICADOR 4: Riesgo fiscal y financiero:

Indicador (4)	Riesgo fiscal y financiero
Formula	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero

Según los lineamientos establecidos en el artículo 6 de la resolución 856 del 2020 (Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las empresas sociales del estado), Este indicador no se evalúa.

## INDICADOR 5: Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida

Indicador (5)	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida		
Formula	Gasto comprometido en el año evaluado, sin cuentas por pagar / No. UVR producidas en el año evaluado / Gasto comprometido en el año anterior sin cuentas por pagar, a precios constantes / No. UVR producidas en el año anterior		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: Menor a 0,90	0,81	< 0,90	0,49

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el/No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, la homologa por nivel de atención, con el fin de uniformar la producción de los hospitales y permite inferir los costos de la producción.

De acuerdo con la información procesada por el Ministerio de salud, según metodología SIHO y de acuerdo con la información del 2193 reportada por la ESE CEO, en los años en los años 2020 y 2021.

### Desarrollo del indicador

Gasto comprometido en el año evaluado, sin cuentas por pagar / No. UVR producidas en el año evaluado / Gasto comprometido en el año anterior sin cuentas por pagar, a precios constantes / No. UVR producidas en el año anterior. De acuerdo con la información procesada por el Ministerio de salud, según metodología SIHO y de acuerdo con la información del 2193 reportada por la ESE CEO, en los años 2020 y 2021.

**INDICADOR 6: Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.**

<b>Indicador (6)</b>	Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.		
<b>Formula</b>	Valor total adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c) compra a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE por Medicamentos y Material Médico quirúrgico.		
<b>Estándar Propuesto</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>META</b>	<b>RESULTADO META</b>
		<b>2021</b>	<b>2021</b>
<b>Para el año 2021: Mayor o igual a 0,7</b>	<b>0</b>	<b>≥ 0,70</b>	<b>0</b>

### Desarrollo del indicador

De acuerdo con la certificación del Coordinador Jurídico del área de contratación de la ESE Carmen Emilia Ospina (la cual se anexa), la empresa en la vigencia fiscal de 2021, no se realizó adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante el mecanismo de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado o mecanismos electrónicos, por lo tanto el resultado del indicador es cero (0).

Durante la vigencia fiscal del 2021, la empresa realizó adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$4.417.773.887, utilizando mecanismos diferentes a los anteriormente mencionados.

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

El ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con un capital humano con excelencia, y es primordial para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos estratégicos y para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación. La ESE Carmen Emilia Ospina, siempre ha cumplido con oportunidad en el pago de salarios. Es importante aclarar que el tiempo de 30 días para el pago de salarios de personal de planta y contratación de servicios, se empieza a contar a partir de la radicación de la cuenta, debidamente revisada y contabilizada como pasivo.



Indicador (7)	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios 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 {(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 la evolución) - (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)}		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: Cero (0) o variación negativa	0	0	0

#### Desarrollo del Indicador:

Para la vigencia Fiscal 2021, la ESE Carmen Emilia Ospina, cumplió a cabalidad con el pago oportuno de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, como lo certifica el Dr. ARNUZ OROZCO QUINTERO, Revisor Fiscal de la ESE CEO con fecha de 22 de febrero de 2022 (la cual se anexa), Por lo tanto el desarrollo del indicador es cero (0).

#### INDICADOR 8: Utilización de información de Registro Individual de prestaciones – RIPS.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee los datos que se requieren 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. Razón por la cual se deben hacer incesantes esfuerzos para obtener información del Sistema de Información actual que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud.

Indicador (8)	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS		
Formula	Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: 4 informes	4	4	4

#### Desarrollo del indicador:

En la vigencia fiscal del 2021, se presentaron y sustentaron ante la Junta Directiva, cuatro (4) informes de prestación de servicios utilizando la información de registro individual de prestación de servicios RIPS, como lo certifica el Coordinador de Planeación de la ESE así:

- Informe N° 1: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 11 de marzo de 2021 que corresponde al cuarto (4) trimestre del año 2020.
- Informe N° 2: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 10 de junio de 2021 que corresponde al primer (1) trimestre del año 2020.
- Informe N° 3: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 16 de septiembre de 2021 que corresponde al segundo (2) trimestre del año 2021.
- Informe N° 4: Presentado en la sesión de Junta Directiva del 27 de diciembre de 2021 que corresponde al tercer (3) trimestre del año 2021.

Se adjuntan certificación con fecha de 04 de marzo de 2022 del coordinador de planeación y copias de actas de juntas directivas de la ESE CEO.

#### INDICADOR 9: Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos de la empresa, incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, frente al recaudo por concepto de ingresos efectivamente recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores. Para el año 2021 el indicador se ubicó en 1.11.

Indicador (9)	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		
Formula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de c x c vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: $\geq 1,0$	1,03	$\geq 1,0$	1,11

### Desarrollo del Indicador:

Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores. De acuerdo con la información procesada por el Ministerio de salud, según metodología SIHO y de acuerdo con la información del 2193 reportada por la ESE CEO, el indicador se ubica en 1.11 como se observa en el pantallazo de la ficha técnica del SIHO:

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2018	2019	2020	2021
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,34	1,31	1,41	1,35
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,15	1,13	1,15	1,11

Fuente: Ficha técnica SIHO Ministerio Salud

Se anexa Ficha Técnica página SIHO, del Ministerio de Salud y Protección Social.

### INDICADOR 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud o la norma que la sustituya:

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionada con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

Indicador (10)	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud o la norma que la sustituya		
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: Pleno Cumplimiento	Pleno Cumplimiento	Pleno Cumplimiento	Pleno Cumplimiento

### Desarrollo del Indicador:

Se anexa la certificación de la oficina de control interno conforme al seguimiento al indicador 10 de la Superintendencia Nacional de Salud cuyo resultado para la vigencia 2021 corresponde a CUMPLE dando Pleno Cumplimiento en el Indicador. (Se anexa reporte de la Supersalud).



NIT	RAZON SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
812002496	E.S.E. C.A.M.U. LA APARTADA	1.0	NO CUMPLE
812001520	E.S.E. CAMU DE PUEBLO NUEVO	1.0	NO CUMPLE
812003996	E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS	0.4	NO CUMPLE
813005265	E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA DENEIVA	NO REPORTO	CUMPLE
890702369	E.S.E. CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	0.9	NO CUMPLE

### INDICADOR 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

La ESE Carmen Emilia Ospina, cumple con los plazos establecidos de reporte, se fortalece la consistencia de información mediante la revisión y depuración del dato.

Indicador (10)	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud o la norma que la sustituya		
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: Pleno Cumplimiento	Pleno Cumplimiento	Pleno Cumplimiento	Pleno Cumplimiento

### Desarrollo del Indicador:

La ESE CEO, cumplió la entrega de información así: el 1° trimestre el 2021/06/04, 2° trimestre el 2021/09/06, 3° trimestre el 2021/11/30 y 4° trimestre el 2022/03/04, dando cumplimiento en forma oportuna con lo dispuesto en el decreto 2193.

<div> <div> <div>←</div> <div>→</div> <div>↺</div> </div> <div> <div>prestadores.minsalud.gov.co/siho/vistas/periodosPresentados.aspx?pageTitle=Periodos+Presentados&amp;pageHlp=</div> </div> </div>																							
<div> <div> <div>Buscar</div> <div>Buscar</div> <div>Nuevo</div> <div>Grabar</div> <div>Eliminar</div> <div>Ayuda</div> </div> </div>																							
PERIODOS PRESENTADOS																							
<div> <div> <div>Reporte de Entrega Trimestral al Ministerio</div> </div> <div> <div>Excel</div> <div>Word</div> <div>Texto</div> </div> </div>																							
<div> <div> <div>Formularios No Entregados</div> <div>Formularios Devueltos</div> </div> </div>																							
(1) registros encontrados.																							
<table> <tr> <th>Departamento</th><th>Municipio</th><th>Código Habitación</th><th>Nombre</th><th>2021-03</th><th>2021-06</th><th>2021-09</th><th>2021-12</th></tr> <tr> <td>Huila</td><td>NEIVA</td><td>4100100451</td><td>ESE CARMEN EMILIA OSPINA</td><td>2021/06/04 (16:21:44)</td><td>2021/09/06 (11:00:49)</td><td>2021/11/30 (15:59:08)</td><td>2022/03/04 (16:44:36)</td></tr> </table>								Departamento	Municipio	Código Habitación	Nombre	2021-03	2021-06	2021-09	2021-12	Huila	NEIVA	4100100451	ESE CARMEN EMILIA OSPINA	2021/06/04 (16:21:44)	2021/09/06 (11:00:49)	2021/11/30 (15:59:08)	2022/03/04 (16:44:36)
Departamento	Municipio	Código Habitación	Nombre	2021-03	2021-06	2021-09	2021-12																
Huila	NEIVA	4100100451	ESE CARMEN EMILIA OSPINA	2021/06/04 (16:21:44)	2021/09/06 (11:00:49)	2021/11/30 (15:59:08)	2022/03/04 (16:44:36)																

Se anexa certificación de cumplimiento por parte de área de control interno.

## 2.3 Gestión Clínica o Asistencial

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de urgencias, Gestión de detección temprana y protección específica, en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

Para el cumplimiento de estos indicadores además de mantener de la oferta disponible se debe fortalecer el Modelo de prestación y atención de Servicios, el área y proceso de gestión de la garantía de la calidad, que permita realizar auditorías clínicas pares y mediciones de indicadores de la calidad en la prestación de los servicios y así impactar positivamente en la prestación de los mismos.

### INDICADOR 12: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

Con el fin de promover procesos internos relacionados con el mejoramiento de la salud materna y perinatal que conlleven a cumplir la meta municipal de reducción de la morbilidad materna, se hace necesario captar oportunamente las mujeres gestantes que deseen llevar a término su gestación.

Indicador (12)	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación		
Formula	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de la evaluación		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: $\geq 0,85$	0,75	0,85	0,863

### Desarrollo del Indicador:

**NUMERADOR:** Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el programa de control prenatal de la ESE CEO, a más tardar en la semana 12 de gestación.

**DENOMINADOR:** Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.

	PERIODO												
	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total Año
<b>META</b>	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
<b>RESULTADO</b>	<b>0,68</b>	0,86	0,92	0,94	0,85	0,87	0,92	<b>0,87</b>	0,86	0,92	0,86	<b>0,86</b>	0,86
<b>Dato del numerador</b>	144	110	142	130	146	147	119	167	128	144	114	119	1610
<b>Dato del denominador</b>	213	128	155	139	172	169	130	191	149	157	133	139	1875

**METODOLOGÍA:** Para calcular el indicador y como direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, se incluyeron las usuarias que no aceptan el embarazo, usuarias que planifican o presentan ciclo menstrual irregular, por lo cual no tiene la certeza de la fecha de la última menstruación y/o de sintomatología presuntiva de embarazo y usuarias que viven en zona rural dispersa en donde no hay presencia Institucional. Se excluyeron a las gestantes que pertenecen a otra EAPB, usuaria proveniente de otro Departamento - Municipio o IPS y usuaria sin aseguramiento o inconvenientes de afiliación.

**ANÁLISIS:** Durante el año 2021, el comportamiento del indicador “Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación” fue adecuado y optimo excepto en el mes de enero el cual estuvo muy por debajo de la meta establecida, sin embargo, los demás meses se logró mantener por encima de la meta establecida lo que demuestra que se ha trabajado en la adherencia a la ruta de maternidad lo que ha permitido brindar una atención adecuada a las gestantes capitadas.

Se adjunta certificación del área técnica científica sobre el cumplimiento del indicador en el 0,86.

### **INDICADOR 13: Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.**

Este indicador evalúa la efectividad del control prenatal razón por la cual es importante fortalecer las auditorías clínicas para monitorizar la calidad de la prestación de los servicios y así mantener en cero (0) el indicador.

Indicador (13)	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.		
Formula	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: 0 casos	0	0	0

#### **Desarrollo del Indicador:**

Para la vigencia fiscal del 2021, no se presentaron eventos relacionados con sífilis congénita.

Se anexa certificación del área técnico científica sobre el cumplimiento de este indicador.

### **INDICADOR 14: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas.**

Indicador (14)	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas		
Formula	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedades hipertensivas adoptadas por la ESE / Total historia clínicas auditadas de la muestra representativas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	0,90	0,93

### Desarrollo del Indicador:

Numerador	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E
Denominador	Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E. en la vigencia objeto de evaluación

	PERIODO												TOTAL
	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>META</b>	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	
<b>RESULTADO</b>	0,78	0,83	0,89	0,9	0,93	0,93	0,9	1,00	0,9	0,95	0,9	0,92	0,93
<b>Dato del numerador</b>	70	75	80	81	84	84	81	90	81	79	81	83	969
<b>Dato del denominador</b>	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1080

Durante el año 2021, el comportamiento del indicador estuvo dentro de la meta esperada o muy superior excepto en los meses de enero y febrero, pero posterior a esto se realizan los ajustes correspondientes con el fin de impactar positivamente en el indicador. Entre las estrategias desarrolladas están: la capacitación sobre HTA con expertos en el tema, la socialización de los hallazgos de las auditorías realizadas con los médicos implicados y los jefes de zona, la constante comunicación y retroalimentación con los médicos del programa RCV sobre la manera correcta de diligenciar la historia clínica y de formular a los usuarios con HTA y DM así como los seguimientos domiciliarios realizados en el marco de la resolución 521/2020.

### INDICADOR 15: Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

Indicador (15)	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo		
<b>Formula</b>	Número de Historias Clínicas que hacen parte de 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 / Numero de Historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia		
<b>Estándar Propuesto</b>	LINEA DE BASE	<b>META</b>	<b>RESULTADO META</b>
		2021	2021
<b>Para el año 2021: &gt; 0,80</b>	≥ 0,90	0,80	0,883



### Desarrollo del Indicador:

Numerador	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo
Denominador	Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la vigencia

PERIODO				
	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
<b>META</b>	0,80	0,80	0,80	0,80
<b>RESULTADO</b>	0,91	0,88	0,80	0,88
<b>Dato del numerador</b>	60	46	55	44
<b>Dato del denominador</b>	66	50	65	50

Se evidencia un comportamiento del indicador del 88,3% para el período del año 2021 el cual se encuentra dentro de la meta esperada. Lo anterior denota el mejoramiento continuo y la adherencia a guía en menores de 10 años lo que repercute positivamente en la atención a este grupo poblacional.

### INDICADOR 16: Reingresos por el servicio de urgencias

<b>Indicador (16)</b>	<b>Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas</b>		
<b>Formula</b>	Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa		
<b>Estándar Propuesto</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>META</b>	<b>RESULTADO META</b>
		<b>2021</b>	<b>2021</b>
<b>Para el año 2021: <math>\leq 0,03</math></b>	<b>0,003</b>	<b><math>\leq 0,03</math></b>	<b>0,013</b>

### Desarrollo del Indicador:

Numerador	Número de Consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor a 24 y menor de 72 horas
Denominador	Total de Consultas del servicio de urgencias durante el periodo

Se evidencia un comportamiento del indicador para todo el período del año 2021

	PERIODO												
2021	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
META	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
RESULTADO	0,016	0,013	0,012	0,009	0,011	0,014	0,012	0,011	0,011	0,014	0,014	0,017	0,013
Dato del numerador	188	117	121	88	113	172	135	114	114	161	161	234	1718
Dato del denominador	11818	9110	9.983	9988	9988	12190	10933	9993	10340	11206	11132	13533	130214

El indicador se encuentra dentro la meta esperada, lo que es resultado de un trabajo mensual de análisis de todas las historias con reingresos donde se verifica la causa de reingreso, las cuales pueden ser debidas a la evolución esperada de la enfermedad, a situaciones del paciente como no adherencia al tratamiento, ansiedad o consultador crónico, debidos a fallas del sistema de salud externas a la institución o una falla de la ESE Carmen Emilia, cuando se evidencia una falla de estas se establecen acciones de mejora, esto ha hecho que los reingresos por causa de la institución se presenten de manera muy escasa.

#### INDICADOR 17: Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

Indicador (17)	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general		
Formula	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita./Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.		
Estándar Propuesto	LINEA DE BASE	META	RESULTADO META
		2021	2021
Para el año 2021: $\leq 3$	2,85	$\leq 3$	3

### Desarrollo del Indicador:

Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó
Denominador	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución

PERIODO													
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTAL
Meta	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Resultado	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Dato del numerador	4	5,6	3,3	3,6	1,3	2,1	2,5	2,9	2,7	1,7	2,0	1,9	3,1
Dato del denominador	19286	30316	16044	15479	4871	6577	7234	7816	7174	3908	3721	2911	125337

En el año 2021 se presenta durante los primeros 4 meses un aumento en el promedio de tiempo para asignar cita de consulta por medicina general, por lo que se realiza análisis de la situación, encontrando que la demanda se aumenta dado el temor en la población de asistir a consulta externa por la pandemia en 2020, generando un represamiento de las necesidades de atención al inicio de 2021, por esta razón se realiza aumento de horas de medicina general y jornadas adicionales algunos sábados, logrando una tendencia en la disminución del tiempo de espera para la atención hasta un punto de equilibrio.

### 3. TABLERO DE INDICADORES:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA								
MATRIZ CALIFICACION PLAN DE GESTION AÑO 2021								
	RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN DEL DATO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR	RESOLUCION	NOMBRE DEL INDICADOR	META	ANUAL	Calificación	ponderacion	Resultado ponderado
Dirección y gerencia	Lider de calidad	408 DE 2018	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,2	1,2	5	0,05	0,25
	Lider de calidad	408 DE 2018	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,9	0,93	5	0,05	0,25
	Lider de planeación	408 DE 2018	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	0,9	0,91	5	0,1	0,5
	Lider Financiero	408 DE 2018	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal	NO APLICA (Art 6 de Res856/2020)	NA		
Financiera y administrativa	Lider Financiero	408 DE 2018	Evolución del gasto por unidad del valor relativo producida	<0,9	0,32	5	0,05	0,25
	Contratación	408 DE 2018	Proporcion de medicamentos y material medico-quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas b. Compras a traves de cooperativas de empresas sociales del estado c. Compras a traves de mecanismos electronicos	>=0,7	0	0	0,05	0
	Revisor Fiscal	408 DE 2018	Monto de deuda superior a 30 dias por conceptos de salarios del personal de plata y por concepto de contratación de servicio, y variación del monto frente a la vigencia anterior	cero o variación negativa	0	5	0,05	0,25
	Lider de planeación/TIC	408 DE 2018	Utilización de información del Registro individual de prestaciones RIPS	4 informes	4	5	0,05	0,25
	Lider Financiero	408 DE 2018	Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo	>=1	1,11	5	0,05	0,25
	TIC Y Contadora Martha	408 DE 2018	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salu o la norma que lo sustituya	Cumplimiento dentro de los terminos previstos	Pleno cumplimiento	5	0,05	0,25
	TIC Y Contadora Martha	408 DE 2018	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capitulo 8, Titulo 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto Unico reglamentario del sector salud o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento dentro de los terminos previstos	Pleno cumplimiento	5	0,05	0,25
Gestión clínica o asistencial	Subgerente tecnocientífica	408 DE 2018	P.1.1 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,85	0,86	5	0,08	0,4
	Subgerente tecnocientífica	408 DE 2018	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0	0%	5	0,08	0,4
	Subgerente tecnocientífica	408 DE 2018	Evaluación de aplicación a la guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	0,9	0,93	5	0,07	0,35
	Subgerente tecnocientífica	408 DE 2018	Evaluación de aplicación a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo	0,8	0,830	5	0,06	0,3
	Lider de calidad	408 DE 2018	P.2.13 proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	<=0,03	0,013	5	0,05	0,25
	Lider de calidad	408 DE 2018	P.3.1 tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	3	3	5	0,06	0,3
TOTAL PONDERADO								4,50

  
**JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ**  
 Gerente

  
 Proyecto: Eliana Carmenza Ordoñez  
 Profesional Área de Planeación